



Universidad Internacional de La Rioja
Facultad de Salud

Máster Universitario en Psicología General Sanitaria
**Efectos de *Mindfulness* sobre ansiedad,
estrés y calidad de vida en mujeres**

Trabajo fin de estudio presentado por:	Manuela Soto Hurtado
Línea de investigación:	Diagnóstico e intervención en adultos
Director/a:	Lucía Oñate Pérez
Fecha:	Enero de 2023

Índice de contenidos

Abstract	8
1. Marco teórico.....	9
1.1. Fases del ciclo vital.....	9
1.2. Mujer en la etapa adulta.....	9
1.3. Climaterio y Menopausia	10
1.3.1. Concepto de climaterio	11
1.3.2. Concepto de menopausia.....	11
1.3.3. Afectación física y psicológica del climaterio y la menopausia.....	11
1.4. Ansiedad y Estrés	12
1.4.1. Concepto de ansiedad	12
1.4.2. Concepto de estrés.....	14
1.4.3. Estilos y estrategias de afrontamiento del estrés	15
1.4.4. Ansiedad y estrés en la mujer	16
1.5. Calidad de vida.....	17
1.5.1. Concepto de calidad de vida	17
1.5.2. Calidad de vida en la mujer	18
1.6. <i>Mindfulness</i>	18
1.6.1. ¿Qué es <i>mindfulness</i> ?.....	18
1.6.2. Elementos de <i>mindfulness</i>	19
1.6.3. <i>Mindfulness</i> y psicoterapia	20
1.6.4. <i>Mindfulness</i> (MBSR)	20
1.6.5. <i>Mindfulness</i> y las estrategias de afrontamiento	21
1.6.6. Beneficios de <i>mindfulness</i> a través de su práctica	23
1.6.7. Aplicación de programas de <i>mindfulness</i> en mujeres.....	24

1.6.8.	<i>Mindfulness</i> rasgo de atención plena.....	25
2.	Justificación	28
3.	Objetivos	30
4.	Hipótesis.....	31
5.	Marco metodológico	31
5.1.	Participantes	32
5.1.1.	Criterios de inclusión	32
5.2.	Instrumentos.....	32
5.2.1.	Cuestionario de Ansiedad Estado-Rasgo (STAI), (Spielberger, Gorsuch, y Lushene, 1982).....	33
5.2.2.	Cuestionario de evaluación de estrategias de afrontamiento ante el estrés (COPE), (Crespo y Cruzado, 1997)	33
5.2.3.	Escala de Calidad de Vida WHOQOL-BREF (Lucas-Carrasco, 1998,2012)	34
5.2.4.	Cuestionario Five Facets Mindfulness Questionnaire (F.F.M.Q), (Baer et al., 2006).....	35
5.3.	Procedimiento.....	36
5.3.1.	Compromiso de confidencialidad.....	36
5.3.2.	Autorización del centro	36
5.3.3.	Formulario de memoria de TFE	36
5.3.4.	Consentimiento informado	37
5.4.	Programa de intervención basado en <i>mindfulness</i> (MBSR)	37
5.4.1.	Metodología del programa basado en <i>mindfulness</i> (MBSR).....	37
5.4.2.	Evaluación del programa basado en <i>mindfulness</i> (MBSR)	38
5.4.3.	Contenido de las sesiones del programa basado en <i>mindfulness</i> (MBSR).....	38
5.4.4.	Cronograma	40
5.5.	Análisis de datos	41

6.	Resultados	42
6.1.	Pruebas de normalidad.....	42
6.2.	Análisis de descriptivos	43
6.2.1.	Análisis de descriptivos de las variables que siguen la normalidad	43
6.2.2.	Análisis de descriptivos de las variables que no siguen la normalidad	44
6.3.	Resultados del contraste de las medidas pretest y postest	45
6.3.1.	Contrastes de las medidas pretest y postest.	45
7.	Discusión	47
8.	Limitaciones y futuras líneas de investigación.....	52
	Referencias bibliográficas.....	54
	Anexo A. Consentimiento informado.....	65
	Anexo B. Compromiso de confidencialidad.....	67
	Anexo C. Autorización del centro.....	68

Índice de figuras

Figura 1. Gráfico de descriptivos variables que siguen la normalidad pre/post.....	44
Figura 2. Gráfico de descriptivos variables que no siguen la normalidad pre/post.....	45

Índice de tablas

Tabla 1. Descriptivos de la muestra.....	32
Tabla 2. Instrumentos aplicados y variables utilizadas.	35
Tabla 3. Contenido de las sesiones del programa basado en <i>mindfulness</i> (MBSR).....	39
Tabla 4. Cronograma	40
Tabla 5. Resultados de las pruebas de normalidad.....	42
Tabla 6. Estadísticos descriptivos pretest y posttest de las variables que siguen la normalidad.	43
Tabla 7. Estadísticos descriptivos pretest y posttest de las variables que no siguen la normalidad.	45
Tabla 8. Contraste paramétrico con “Prueba T” para las variables que siguen la normalidad.....	46
Tabla 9. Contraste no paramétrico con "W de Wilcoxon" para las variables que no siguen la normalidad.	46

Resumen

En los últimos años, los programas basados en *mindfulness* (MBSR) son cada vez utilizados para mejorar la sintomatología de ansiedad, así como mejorar las estrategias de afrontamiento del estrés y ayudar a mejorar la calidad de vida en mujeres que se encuentran en la etapa del climaterio y/o menopausia. El objetivo general de este estudio ha sido estudiar la eficacia de un programa basado en *mindfulness* (MBSR), sobre la ansiedad, las estrategias de afrontamiento del estrés y la calidad de vida, valorando las facetas del rasgo *mindfulness*, en un grupo de mujeres adultas de edad comprendida entre 50 y 65 años, que se encuentran en la etapa del climaterio y/o menopausia y se ha visto que pueden ser vulnerables a sufrir síntomas de ansiedad y estrés. Se ha contado con una muestra de 24 mujeres a las que se les ha aplicado el programa basado en *mindfulness*. El diseño del estudio ha sido cuasiexperimental, se tomaron medidas en dos momentos diferentes pretest y posttest, en la primera sesión del programa y en la última sesión, a través de los instrumentos STAI, WHOQOL-BREF, COPE y FFMQ, para medir la ansiedad estado, la calidad de vida, las estrategias de afrontamiento centradas en el problema, emoción y evitación, y los factores del rasgo *mindfulness*, observar, describir, actuar con conciencia, no enjuiciamiento y no reactividad. Los resultados mostraron una reducción de la ansiedad estado y una mejora en la calidad de vida. Además, se incrementó el uso de las estrategias de afrontamiento centradas en el problema y en la emoción, disminuyendo las centradas en la evitación. El rasgo *mindfulness* observar y no enjuiciamiento mostró un aumento, no obstante disminuyó el rasgo no reactividad. En conclusión, según los resultados de este estudio, podemos ver que la intervención realizada parece beneficiosa para mejorar los niveles de ansiedad y estrés en mujeres que se encuentran en la etapa del climaterio y/o menopausia, mejorando su calidad de vida.

Palabras clave: *mindfulness*, ansiedad, estrategias afrontamiento de estrés, calidad de vida, mujeres.

Abstract

In recent years, mindfulness-based programs (MBSR) have been increasingly used to improve anxiety symptoms, as well as improve coping strategies with stress and help improve the quality of life in women who are in the climacteric stage, and/or menopause. The general objective of this study was to study the effectiveness of a mindfulness-based program (MBSR) on anxiety, stress coping strategies, and quality of life, assessing the facets of the mindfulness trait, in a group of adult women. aged between 50 and 65 years, who are in the climacteric and/or menopausal stage and it has been seen that they may be vulnerable to suffering symptoms of anxiety and stress. There has been a sample of 24 women who have applied the program based on mindfulness. The study design has been quasi-experimental, measurements were taken at two different moments, pretest and posttest, in the first session of the program and in the last session, through the STAI, WHOQOL-BREF, COPE and FFMQ instruments, to measure anxiety. state, quality of life, coping strategies focused on the problem, emotion and avoidance, and the factors of the mindfulness trait, observe, describe, act with awareness, non-judgmental and non-reactivity. The results showed a reduction in state anxiety and an improvement in the quality of life. In addition, the use of coping strategies focused on the problem and emotion increased, while those focused on avoidance decreased. The mindfulness trait to observe and non-judgment showed an increase, however the non-reactivity trait decreased. In conclusion, according to the results of this study, we can see that the intervention carried out seems beneficial to improve anxiety and stress levels in women who are in the climacteric and/or menopausal stage, improving their quality of life.

Keywords: mindfulness, anxiety, stress coping strategies, quality of life, women.

1. Marco teórico

1.1. Fases del ciclo vital

El curso de la vida humana se considera desde el nacimiento hasta la vejez. El término “ciclo vital” se centra en identificar el desarrollo del individuo a través de fases, etapas o periodos, distinguiendo la niñez, adolescencia, edad adulta y vejez. Los individuos perciben estas etapas de forma diferente, aunque atraviesen los mismos periodos a lo largo de su vida. La vivencia que cada persona tiene de esta percepción individual es importante, ya que da significado a las interrelaciones y experiencias que sienten en cada una de las fases de su ciclo vital en particular (Levinson, 1986).

Existen diversas propuestas que explican las etapas del desarrollo, según la perspectiva de cada autor. Diferentes modelos contienen teorías relacionadas con la edad cronológica, biológica y funcional, entre ellos se encuentra el de Erikson (1950), Havighurst (1953), Levinson (1986), Craig (1994), Hansen (2003), Duque (2007). Levinson (1986), divide la fase adulta del ciclo vital en varios periodos, la preadultez (desde el nacimiento hasta los 22 años), la adultez temprana (de 17 a 45 años), la adultez intermedia (de 40 a 65 años) y la adultez tardía (de 60 años en adelante). La etapa de la adultez intermedia se caracteriza por la independencia y la responsabilidad, no sólo a nivel profesional, sino también respecto a la evolución de la nueva generación de los jóvenes adultos. En el individuo también se producen cambios a nivel psicológico llegando a ser personas más reflexivas y juiciosas (Levinson, 1986).

1.2. Mujer en la etapa adulta

La adultez es una de las etapas del ciclo vital donde se ha alcanzado la madurez. Existen muchos significados para el término adulto, según Adam (1970), adulto es “aquel individuo (hombre o mujer) que desde el punto de vista físico ha logrado una estructura corporal definitiva, biológicamente ha conducido un crecimiento, psíquicamente ha adquirido una conciencia y ha logrado el desarrollo de su inteligencia, en lo sexual ha alcanzado la capacidad genésica; socialmente obtiene derechos y deberes ciudadanos; económicamente se incorpora a las actividades productivas y creadoras”. En esta etapa suceden cambios importantes respecto a otras fases de la vida, derivados de diversos procesos multifactoriales, fisiológicos,

genéticos, sociales, ambientales y culturales. Dichos cambios van a requerir de la aceptación del envejecimiento individual agudizado por la influencia del cambio hormonal, así como de unos reajustes y nuevas tareas que se han de incorporar a la vida diaria (Arias, Montero y Castellano, 1995).

Durante la etapa de la adultez intermedia, en la mujer se generan cambios a nivel físico y psicológico. En el funcionamiento físico comienza a sentir un declive de manera progresiva, afectando a diversas áreas de su vida, haciendo que a partir de los 40 años, sienta un descenso físico y a la vez mental de una forma paulatina (Hoffman, Paris y Hall, 1996). Todos estos cambios que se producen en la adultez intermedia también se asocian a los cambios en el sistema nervioso y el cerebro, afectando a la salud mental (Hoffman, Paris y Hall, 1996). La salud mental se considera un estado de bienestar en el cual el individuo desarrolla sus propias capacidades y puede hacer frente a las circunstancias y presiones que se producen habitualmente en la vida, puede trabajar de forma productiva y tiene capacidad para hacer una contribución a la comunidad (OMS, 2003). Cada vez tiene más importancia el impacto de la salud mental en las mujeres, ya que se identifica como un factor que tiene una gran influencia en el bienestar individual, social y familiar (Montero et al., 2004).

Frecuentemente se presentan publicaciones de investigaciones marcando la diferencia entre mujeres y hombres adultos respecto a diversas variables, como por ejemplo respecto a la edad, la situación laboral, nivel económico y educativo, vivir en pareja y la salud, entre otros factores diferentes, en los que su estudio puede ser significativo. En relación con la salud, existen variaciones sobre la “salud autopercebida”, refiriéndose a la percepción que ambos tienen sobre su estado de salud propia (Sánchez, Aparicio y Dresch, 2006). No obstante, muchos de estos cambios generados en la adultez intermedia, son comunes en hombres y mujeres, como los cambios hormonales que conllevan alteraciones en sus conductas. En las mujeres, se marcan las variaciones originadas por la etapa del climaterio y menopausia (Borquez et al., 2022; Greene, 2003).

1.3. Climaterio y Menopausia

Climaterio y menopausia son dos conceptos que se relacionan con la finalización de la capacidad reproductiva de las mujeres. Estos conceptos están referidos a estados que pueden

dar lugar a la confusión con cierta frecuencia, dando a entender que tienen el mismo significado. Ambos términos se refieren a la aparición de los diversos síntomas, propios de esta etapa de la adultez intermedia de la mujer, pero no significan exactamente lo mismo (Pérez-López, 2003).

1.3.1. Concepto de climaterio

El climaterio es el periodo del ciclo vital donde disminuye la producción hormonal en algunos sistemas del organismo, como consecuencia disminuye el periodo menstrual, ya que cesa la función de los ovarios. También es una fase de transición que va desde la etapa reproductiva hasta la que cesa la reproducción. Esta disminución de hormonas tiene una consecuencia directa en el sistema reproductivo, circulatorio, óseo y alteraciones en el estado de ánimo, entre otros. Algunas mujeres viven esta época con cierta preocupación, ansiedad y comienzan a tener dificultades relacionadas con su vida social (Torres y Torres, 2018). El climaterio se puede dividir en dos etapas. La primera es la premenopausia, es el tiempo que existe entre el inicio del declive de la función del ovario y la última menstruación. La segunda es la posmenopausia que se refiere al intervalo que comienza con el último periodo menstrual y termina cuando finaliza la función endocrina del ovario (Pérez-López, 2003).

1.3.2. Concepto de menopausia

La menopausia es el fin del periodo menstrual de las mujeres, una vez que han transcurrido doce meses seguidos de amenorrea. En este tiempo cesa la producción de folículos ováricos y no se producen más estrógenos, sin que haya ninguna causa patológica. La sintomatología física se produce a través de sofocos, disminución de energía, alteraciones de sueño y afectación del estado emocional (Torres y Torres, 2018). También se identifica como un largo periodo de inestabilidad en el humor, un proceso que atraviesan donde, con el paso del tiempo, adquieren un nuevo modo de vivir en serenidad (Pérez-López, 2003).

1.3.3. Afectación física y psicológica del climaterio y la menopausia

La diversidad en la percepción de los síntomas de cada mujer, está muy relacionada con su perfil temperamental y con otra serie de factores personales asociados a su vida. La intensidad de las molestias tiene un gran componente perceptivo sobre la influencia de la totalidad de las variables que influyen en ellas. Estas variables afectan a aspectos psicológicos como el

miedo a envejecer, a la relación de pareja, a los efectos de los síntomas hormonales y otros relacionados con los cambios a nivel mental (Pérez-López, 2003).

Además de las modificaciones físicas que conducen a cambios en la percepción y cognición, también se producen cambios psicosociales que son promovidos por las variaciones hormonales creadas cuando se entra en la etapa del climaterio, iniciándose nuevas demandas y exigencias a nivel social (Bee y Mitchell, 1980). Con el paso del tiempo, el periodo del climaterio y la menopausia, adquieren una mayor importancia y significado para las mujeres, ya que tienen la percepción de que su organismo cada vez está más frágil, como consecuencia de las variaciones fisiológicas y las repercusiones que éstas tienen en su contexto social. En esta etapa, se produce una sobrecarga mental y física que promueve la iniciación de un proceso que interfiere en la salud femenina haciendo que disminuya (Couto y Nápoles, 2014). La ansiedad es uno de los síntomas reflejado por los cambios físicos y psicosociales, en las mujeres que atraviesan el periodo de la menopausia. El aumento de la misma, se puede deber a cambios hormonales que acentúan el desarrollo de sintomatología de origen psicológico. Estos síntomas también se han identificado con cambios de gran importancia en el ciclo vital de la mujer (Borquez et al., 2022).

Especialmente en la etapa del climaterio, las mujeres manifiestan estos síntomas derivados de cambios hormonales que afectan a su estado de ánimo en general, aunque existen más factores que influyen para considerar que hay una disminución en general de la calidad de vida y la sensación de bienestar (Greene, 2003). En muchos casos, existe un desconocimiento de la realidad del concepto de menopausia, esto conlleva tener una conceptualización errónea que implica una percepción equivocada de la etapa del climaterio. Las connotaciones negativas asociadas a los síntomas de la menopausia, puede provocar una interpretación amenazante de ciertos eventos de la vida diaria, lo que supone un desencadenante de estrés psicológico percibido (De-Luca et al., 2004).

1.4. Ansiedad y Estrés

1.4.1. Concepto de ansiedad

La palabra “ansiedad” tiene asociadas muchas definiciones, según la OMS (2013) la definición de ansiedad es “una reacción emocional normal antes situaciones amenazantes para el

individuo”, es decir, el grado de reacción que exterioriza una persona cuando se enfrenta a estas situaciones que para ella son amenazantes. Muchos autores han realizado investigaciones sobre la ansiedad y cómo influye en los individuos. La ansiedad es considerada como un estado fisiológico y psicológico que está caracterizado y compuesto por diversos elementos somáticos, conductuales, cognoscitivos y emocionales. Estos componentes se combinan haciendo que el individuo perciba sensaciones desagradables asociadas a preocupación, nerviosismo o a la anticipación de que ocurrirá alguna catástrofe. En situaciones frente a estímulos externos que se perciben como una amenaza, el individuo puede generar ansiedad, pero frecuentemente se puede producir sin que haya ningún estímulo que lo esté provocando (Roselló, Zayas y Lora, 2016). Spielberger (1982) determina que la ansiedad es una reacción emocional que no es agradable para el individuo que la experimenta y que sucede ante un estímulo externo que se percibe como una situación amenazante o una amenaza como tal, llegando a generar cambios conductuales y fisiológicos. Al mismo tiempo, se producen sensaciones y sentimientos de tensión, preocupación e intranquilidad (Spielberger, Gorsuch y Lushene, 1982).

En relación con el concepto de ansiedad se puede hablar también de la diferencia que existe entre “ansiedad estado” y “ansiedad rasgo”. Cuando se hace referencia a la ansiedad como estado, se apunta a un estado puntual en el que el individuo experimenta sensación de tensión, nerviosismo, inquietud, preocupación, tensión o, finalmente, sensaciones subjetivas de que algo malo va a ocurrir. Pero estas sensaciones van acompañadas de activación fisiológica como tensión muscular, alteración en la frecuencia cardíaca, manos o pies fríos, tensión en la mandíbula, y otras manifestaciones a nivel corporal. De este modo, la ansiedad está producida por una anticipación de una amenaza que puede ocurrir en el futuro, pero que puede que no ocurra o que no sea real. El rasgo de ansiedad está referido a la tendencia o predisposición que tienen algunos individuos a padecer más estados de ansiedad que las demás personas, entendiendo que es un rasgo propio de su personalidad (Moreno, 2013).

1.4.2. Concepto de estrés

El estrés tiene muchas definiciones y detrás de su significado se encuentran muchas teorías. Richard Lazarus (1966) describió el estrés como un estado de ansiedad, una relación entre el entorno y el propio individuo, evaluada personalmente como significativa y que excede los recursos de afrontamiento que él mismo tiene para hacerle frente. Se estima que un individuo está sometido a estresores o se encuentra bajo una situación estresante, cuando tiene que hacer frente a circunstancias que demandan la emisión de ciertas conductas pero la persona no puede llevarlas a cabo o le resulta complicado realizarlas. En estos casos, la dificultad se debe tanto a las demandas del medio externo, como a la falta de los recursos propios para afrontar la situación, pero el resultado final es que la persona no puede hacer frente a dicha situación (Lazarus y Folkman, 1984).

Lazarus y Folkman (1984) estudiaron el estrés desde varias perspectivas, considerándolo como una interacción donde se enfatiza en los factores psicológicos subjetivos (factores cognitivos) que median entre los factores estresantes (estímulos) y las respuestas fisiológicas del estrés. El estrés como proceso dinámico, también se reconoce como un suceso donde interactúan elementos internos y externos de la persona, quien se ve avocada a preparar un plan estratégico de afrontamiento (Butler, 1993; Lazarus y Folkman, 1984). Dicho afrontamiento se relaciona con estos aspectos cognitivos y conductuales que hacen que se produzca un cambio en el desarrollo de las exigencias internas y/o externas, analizando si tiene los recursos necesarios y adecuados para el afrontamiento de la situación (Lazarus y Folkman, 1984). Aunque al inicio de las investigaciones el estrés estaba determinado como un factor unidimensional, donde su escala se medía entre “alto” y “bajo”, los estudios posteriores evidenciaron que el estrés era un concepto influido por diferentes factores y era multidimensional (Lazarus, Kanner y Folkman, 1980; Selye, 1980).

Son muchos autores los que han centrado sus investigaciones en el estrés y la forma de afrontarlo por los individuos. Desde el enfoque de Hans Selye (1936), el abordaje del estrés se considera como la respuesta adaptativa del organismo frente a los variados estresores a los que se encuentra expuesto. En esta perspectiva se usa el término “respuesta de estrés” cuando se refiere a la respuesta imprecisa que ofrece el organismo a las demandas que se le van presentando, y el término “estresor” o “situación estresante” cuando se refiere al estímulo o situación que está provocando una respuesta de estrés (Bértola, 2010).

Cuando se ignoran estos factores estresores que se repiten en la vida diaria o no son bien gestionados, puede conducir a tener estrés crónico. Las intervenciones basadas en *mindfulness*, consideran que estos estresores diarios son debidos a las muchas distracciones que de forma involuntarias viven los individuos, distrayendo su atención de la actividad que realizan en el momento presente, así como el hecho de centrarse en el pasado o en el futuro, que viene a conducir a que se genere un patrón de rumiación (Segal, Williams y Teasdale, 2015).

Para la población en general se acepta la teoría de Lazarus y Folkman (1984), ya que reconoce que el estrés dará comienzo en el momento en que el individuo tenga la percepción de que sus propios recursos son sobrepasados por las exigencias del entorno y a esta situación se le asocia la ansiedad y preocupación, así como otros síntomas relacionados con el estrés (González y Landero, 2008).

1.4.3. Estilos y estrategias de afrontamiento del estrés

En los últimos años se ha incrementado la curiosidad e interés por saber cómo los individuos hacen frente a las situaciones que le generan estrés y las diversas formas en las que las afrontan y se enfrentan a ellas. Una vez que la persona detecta la demanda que genera una situación, la puede afrontar usando medidas adecuadas que se adaptan a la situación para que pueda superar esa tensión. Según Sandín (2003), el individuo cuenta con diferentes mecanismos para afrontar estas situaciones: las estrategias de afrontamiento, que son las que se ponen en marcha realizando acciones concretas de una forma específica, con la intención de modificar las condiciones del estresor, controlando de esta forma la tensión generada. Y por otro lado, se encuentran los estilos de afrontamiento que se conciben como dimensiones más generales, enmarcadas dentro de la tendencia personal que lleva al individuo a utilizar una estrategia de afrontamiento u otra (Sandín, 2003).

Diferentes investigaciones revelan que cada persona tiene patrones personales para enfrentarse a estas situaciones. Asimismo, estos estudios parten de la teoría creada por Lazarus y Folkman (1984). A las acciones que ponen en marcha cada individuo para hacer frente a situaciones estresantes, se les ha designado como “estrategias de afrontamiento” (Lazarus y Folkman, 1984). El afrontamiento se puede definir como el conjunto de estrategias cognitivas y comportamentales (Trousserlard et al., 2012), así como estrategias de regulación de emociones usadas para enfrentar eventos o situaciones estresantes (Desrosiers et al.,

2013). Diferentes investigadores coinciden, en la mayoría de los casos, en la aceptación de que las personas utilizan distintas estrategias de afrontamiento, que se pueden reunir en tres agrupaciones. Hay una estructura básica formada por tres factores conceptualizados como: afrontamiento centrado en el problema, emoción y evitación (Ingledeew et al., 1996). En primer lugar se puede definir las estrategias de afrontamiento focalizadas en el problema, que se centran en el interés por la modificación de las demandas ambientales o los posibles eventos que son los que causan el estrés. Este tipo de afrontamiento se considera activo, ya que las estrategias que utiliza la persona son acciones directas que se enfocan en modificar las situaciones conflictivas para mermar las consecuencias negativas. En segundo lugar, se encuentran las estrategias de afrontamiento centradas en las emociones, que se focalizan en esforzarse por eliminar o disminuir los sentimientos negativos que han sido generados por la situación estresante. En este caso, este tipo de afrontamiento es considerado pasivo. Se pretende regular las consecuencias emocionales negativas que resultan del problema, disminuyendo su efecto. Y en tercer lugar, se encuentran las estrategias de afrontamiento de evitación, éstas conllevan evitar el problema usando medidas de distracción utilizando otras conductas y realizando otras actividades, o intentando no concentrarse en el problema, no pensando en él. Las estrategias que se usan en este tipo de afrontamiento son la negación y la evitación. No obstante, este tipo de afrontamiento no es adaptativo, ya que impide emprender otras estrategias que hagan frente al problema para darle una solución (Chico, 2002).

1.4.4. Ansiedad y estrés en la mujer

Es preciso tener en presente, que existen fuentes de estrés que son propias de cada género. En el caso de las mujeres, el hecho de enfrentarse cada día a las situaciones del ámbito familiar, ser víctima de violencia de género, el ámbito laboral en el que se pueden encontrar prejuicios relacionados con el sexo y otras situaciones similares, hacen que tengan que afrontarlas de una forma distinta al resto de la población o que tengan que utilizar otras herramientas de afrontamiento. Estos escenarios afectan al estrés de las mujeres e interfieren en su salud mental y calidad de vida (González, 2015).

Los trastornos que están relacionados con el estrés y la ansiedad, parece que afectan más a las mujeres, produciendo síntomas que se vuelven crónicos y considerados de mayor gravedad, asociándose a una mayor tasa de comorbilidad. Existe una influencia de diversos

factores en el momento de exposición a los eventos traumáticos y que son causa de ansiedad, como el entorno social y el apoyo familiar, así como activaciones fisiológicas y funciones cerebrales. Los cambios hormonales que se asocian al funcionamiento cerebral y los múltiples factores estresantes asociados a ellos, tienen una gran influencia en la resiliencia al estrés y ansiedad que se produce en la mujer, dando lugar a que sea un proceso dinámico y activo, que se torna bastante complejo en la vida diaria de las mismas (Hodes y Epperson, 2019; Tang y Graham, 2020).

1.5. Calidad de vida

1.5.1. Concepto de calidad de vida

Según la OMS (2013) el concepto de calidad de vida se puede definir como “la percepción que un individuo tiene de su lugar en la existencia, en el contexto de la cultura, y del sistema de valores en el que vive y en relación con sus objetivos, sus expectativas, sus normas y sus inquietudes”. No obstante, la definición de calidad de vida no es universal, depende de la sociedad y de la cultura de la población con la que se relacione. Al mismo tiempo, es un concepto que está en constante evolución, no es estático ya que el individuo va cambiando su forma de percibir la vida, así como su sistema de valores y su visión del lugar que ocupa en el contexto cultural. También evolucionan sus expectativas, criterios y preocupaciones que se encuentran influidas por la salud psicológica y física, las relaciones sociales, el grado de independencia en el que se encuentre, las actividades diarias a las que tenga acceso, las creencias personales que tenga interiorizadas y los factores ambientales que puedan influir en él (OMS, 1996). También se asocia a otros términos que se pueden utilizar para designar un significado similar, como estado de salud, felicidad, salud mental o bienestar subjetivo, entre otros (Meeberg, 1993). Según Ardila (2003), calidad de vida es más bien un estado de satisfacción general, que proviene de la realización de las capacidades que un individuo pueda desarrollar, con la finalidad de que produzca a nivel subjetivo, una satisfacción psicológica, física y social. La calidad de vida tiene aspectos subjetivos, como es la salud y seguridad percibida, expresión emocional, la intimidad y la productividad personal. Por otra parte, tiene aspectos objetivos, como son las relaciones equilibradas con el ambiente físico, social y la comunidad, la salud objetiva y el bienestar material (Ardila, 2003). La calidad de vida se puede

ver afectada por las situaciones estresantes a las que el individuo se enfrenta a diario, cuando no tiene herramientas adecuadas para afrontarlas (Cockerham, 2001).

1.5.2. Calidad de vida en la mujer

La fase del ciclo vital en la que la mujer se encuentra en los períodos de menopausia, es una etapa de cambios importantes a nivel físico y psicosocial para ellas. La mayor parte de las mujeres experimentan diversos síntomas relacionados con el final de la producción de estrógenos en su cuerpo. Mayormente se manifiesta sintomatología fisiológica y psicológica, produciendo alteraciones menstruales, sequedad vaginal, palpitaciones, insomnio, problemas sexuales, falta de concentración y energía, depresión, ansiedad, estrés y malestar en general. A nivel psicológico, se encuentran alteraciones entre otras causas de malestar, que afectan diariamente a su calidad de vida (Palacios et al., 2004). La calidad de vida es una variable que está relacionada con diversas características personales y socioculturales, al mismo tiempo está estrechamente relacionada con la percepción personal que cada mujer tiene de cada una de las alteraciones que sufre en esta etapa de su vida (Palacios et al., 2004). En relación con las mujeres durante el periodo de la menopausia, la calidad de vida mejora cuando mejora la sintomatología climatérica (Urdaneta et al., 2010).

1.6. *Mindfulness*

1.6.1. ¿Qué es *mindfulness*?

El término *mindfulness* fue popularizado en los años 70 por su creador Jon Kabat-Zinn, un médico americano de la Universidad de Massachusetts, que integró la medicina con técnicas que provenían del budismo y del yoga para crear este nuevo concepto (Vásquez-Dextre, 2016). *Mindfulness* tiene diferentes definiciones, aunque se puede traducir como “atención plena”. Según Kabat-Zinn (1990) *mindfulness* es una habilidad que consiste en “centrar la atención de un modo intencional: en un objeto, en el momento presente y sin juzgar” (Kabat-Zinn, 1990). Baer (2003) propone otra definición de *mindfulness* “la observación no enjuiciadora del flujo continuo de los estímulos, tanto internos como externos, a medida que ellos se presentan”. La propuesta de Simón (2007) sobre la definición es “una capacidad humana universal y básica, que consiste en la posibilidad de ser conscientes de la mente momento a momento”. Según Rodríguez (2018) “*Mindfulness* es una capacidad de la mente humana de poder prestar

toda la atención consciente, plena o cabalmente a un proceso actual, que está ocurriendo en el presente, con no solo total atención, sino con una actitud voluntaria de no juzgar, solo observar abiertamente lo que se siente”. Por otra parte, aunque parece que muchos autores están de acuerdo en que la traducción de *mindfulness* al castellano es “conciencia plena”, otros no utilizan este término, ya que abarca otros aspectos más profundos de la mente y se refiere a la conciencia centrada de forma permanente en el momento presente, sin hacer interpretaciones ni juicios, donde se acepta y reconocen todas las emociones, sensaciones y pensamientos que se encuentran en la atención tal y como son en ese momento (Cayoun et al., 2022).

1.6.2. Elementos de *mindfulness*

Las características o componentes básicos que definen el concepto de *mindfulness* son la compasión, la aceptación, la constancia, el interés, practicar el desapego, observar sin juzgar y actuar con mente de principiante. Estos elementos hacen que el individuo actúe con atención plena, estando en el momento presente sin realizar valoraciones ni comparaciones (Kabat-Zinn, 2003). No obstante, hay otras definiciones de los componentes que forman *mindfulness*, según Germer (2011) y Pérez (2006) *mindfulness* está compuesto por cinco elementos:

- *Atención al momento presente*, con el significado de centrarse en momento presente sin estar atento al futuro, atendiendo a los procesos internos y los eventos de la vida diaria.
- *Apertura a la experiencia*, reflejada en la capacidad de mantenerse en la postura de observador de la experiencia sin que se interponga un filtro por las creencias interiorizadas, viviendo la experiencia con mente de principiante, como si fuera la primera vez.
- *Aceptación*, entendida como la experimentación de los eventos plenamente, tal y como se dan, no ofreciendo resistencia al fluir de la vida.
- *Dejar pasar*, desprenderse y actuar sin apego a todo lo que no aferramos, desechar la idea de acumular cosas materiales.
- *Intención*, relacionado con lo que cada persona quiere conseguir con las prácticas de *mindfulness*, aunque en cierta forma puede parecer contradictorio, ya que la actitud de *mindfulness* es no llegar al esfuerzo para conseguir un propósito inmediato, se trata

simplemente de estar con la conciencia plena en lo que se está haciendo en ese momento presente.

- *Paciencia*, implicando entender y aceptar las situaciones o sucesos de la vida sin intentar acelerar el proceso ni el ritmo.
- *No verbal*, entendiendo la experiencia sin un referente verbal, a través del silencio, aceptándola de manera emocional y sensorial.
- *Confianza*, referida a que es primordial confiar en nuestra persona y las emociones que sentimos (Pérez y Botella, 2006).

1.6.3. *Mindfulness* y psicoterapia

Existen terapias que están basadas en *mindfulness*, incluyendo algunos de sus elementos o su totalidad. Entre ellas, se encuentran la Psicoterapia Gestáltica, la Terapia Conductual Dialectica (TCD), la Terapia de Aceptación y Compromiso, la Terapia Breve Relacional (BRT), la Terapia Cognitiva basada en *Mindfulness* (MBCT) propuesta y desarrollada por Segal, Williamns y Teasdale (2002) y la Reducción del Estrés Basado en *Mindfulness* (MBSR) que ha sido desarrollada por Kabat-Zinn (1982), (Vásquez-Dextre, 2016). En este estudio nos centraremos en la terapia de Reducción del Estrés Basado en *Mindfulness* (MBSR).

1.6.4. *Mindfulness* (MBSR)

Kabat-Zinn (2003) propuso *Mindfulness Based Stress Reduction* (MBSR), es un programa de ocho semanas que se implementa en grupo, en el cual se aporta una información general sobre el estrés, cuáles son sus causas y los estilos de afrontamiento. Este programa incorpora prácticas basadas en el yoga y la meditación, para llegar a conseguir la autoregulación de la atención plena. Dicho programa terapéutico ha sido validado empíricamente y tiene evidencia científica, ya que son muchos los estudios que lo han certificado (Greeson, 2009; Praisman, 2008). Existen bastantes investigaciones que afirman los beneficios de las técnicas de *mindfulness* en la reducción de los niveles de estrés y ansiedad (Barajas, 2014; Delgado-Pastor y Kareaga, 2011; Stahl y Goldstein, 2011). El programa de manejo del estrés basado en *mindfulness*, puede ser eficaz para aliviar los síntomas de ansiedad en pacientes diagnosticados de trastorno de ansiedad (Lee et al., 2006). También se ha comprobado que dichas técnicas favorecen el estado de relajación, favoreciendo el afrontamiento de las dificultades cotidianas y la realización de las actividades diarias de una forma más calmada,

gestionando mejor las emociones (López et al., 2015; Moscoso, 2010). De igual forma, diversidad de estudios han manifestado que las prácticas de *mindfulness* son efectivas para el tratamiento de patologías crónicas (Bishop, 2005; Lindberg, 2005).

Mindfulness (MBSR), es un programa con una estructura estándar que consta de 26 horas de práctica. Estas prácticas se realizan en ocho sesiones, que se llevan a cabo una vez por semana y tienen una duración de dos horas y media. De forma adicional a estas prácticas, se realiza un día de retiro de seis horas, en el cual se convive realizando prácticas que llevan la experiencia de cada momento al presente, de una forma vivencial en el “aquí y ahora”. El formato de este programa es grupal, acompañado de materiales didácticos a través de los cuales se explica el concepto de estrés y la relación que existe con las enfermedades, al igual que los beneficios que produce la práctica continuada y cómo influye de forma positiva en la salud y en la calidad de vida. También se propone llevar a la vida diaria las prácticas tanto “formales” como “no formales”. A los integrantes del grupo se les entrega una documentación para que puedan realizar registros en casa, así como audios de meditaciones guiadas para que las puedan realizar de forma habitual en su día a día. Estos ejercicios equivalen a prácticas de 180 a 270 minutos aproximadamente por semana (Kabat-Zinn, 1990).

1.6.5. *Mindfulness* y las estrategias de afrontamiento

Cuando una persona procede a hacer una valoración de una situación como amenazante, se promueven emociones negativas que pueden resultar intensas. Estas emociones negativas llevan implícito el propio componente emocional, por lo que resultan en sí mismas estresantes y tienen la capacidad de impedir que se pongan en marcha las estrategias de afrontamiento de una forma funcional (Lazarus y Folkman, 1984). Cuando las estrategias de afrontamiento se centran en disminuir las emociones negativas y aumentar las emociones positivas, se centran en la regulación emocional, es decir, dichas estrategias se encuentran centradas en las emociones (Folkman y Moskowitz, 2004). Las prácticas de *mindfulness* promueven y facilitan dicha regulación emocional (Carlson et al., 2003; Farb, Anderson y Segal, 2012).

Los programas que están basados en la atención plena han contado con evidencia científica ratificando que son significativamente eficaces en la gestión de emociones, especialmente cuando se trabaja con las emociones negativas para cambiarlas por una visión más positiva, mejorando y aumentando las conductas que se emiten, para hacer frente a las situaciones estresantes (Moriani y Herruzo, 2004). Las prácticas de *mindfulness* permiten tener una

concepción de las emociones negativas sin juzgar la experiencia propia y con una forma objetiva de valorar lo que está ocurriendo en el ese momento. Por otra parte, el hecho de prestar atención a lo que transcurre en el momento presente, “aquí y ahora”, y aceptar las diversas emociones que se sienten, de forma independiente a si son negativas o positivas, permite tener una actitud más abierta para gestionar ambos tipos de emociones (Baer, Smith y Allen, 2004).

Estudios centrados en la atención plena y en obtención de un aumento de autoconciencia y autocontrol, manifiestan que disminuyen de forma significativa la dimensión de despersonalización y cansancio emocional, consiguiendo una mejora en la realización personal, por consiguiente se deduce, que estas prácticas ofrecen a los individuos herramientas para una mejor gestión de sus emociones y para afrontar situaciones adversas (Moriani y Herruzo, 2004). De este modo, a través de la atención plena y centrándose en el presente, la persona se puede relacionar de forma directa con todo lo que le afecta, dotándose de herramientas y estrategias necesarias para gestionar las situaciones azarosas que se presentan en su vida (Baer, Smith y Allen, 2004). La inteligencia emocional y la atención plena han resultado ser estrategias eficaces y beneficiosas para el afrontamiento de situaciones que afectan a las personas de una forma negativa (Bresó, Rubio y Andriani, 2013).

Uno de los objetivos generales de *Mindfulness* (MBSR) es aumentar la adquisición de habilidades de regulación emocional, incluido el desarrollo de estrategias de afrontamiento más efectivas y saludables. Varios estudios muestran los efectos beneficiosos del *mindfulness* en diferentes procesos de regulación emocional. La atención en la respiración actúa como un mecanismo clave de atención plena para la regulación de las emociones. No reaccionar y no juzgar, conduce a un proceso de adquisición de una mayor autorregulación emocional (Arch y Craske, 2006). Muchas de las investigaciones sobre estrategias de afrontamiento se centran en dos tipos de afrontamiento: afrontamiento centrado en el problema y afrontamiento centrado en las emociones. El afrontamiento centrado en el problema implica tomar acción para alterar la fuente de un problema. Las personas que emplean el afrontamiento centrado en el problema tienden a confrontar y tratar directamente con los factores estresantes (Latack y Havlovic, 1992). Por otro lado, las personas que utilizan el afrontamiento centrado en la emoción tienden a reducir la angustia emocional asociada con un problema, en lugar de intentar resolverlo. También tienden a evitar el origen de un problema, eligiendo estrategias

como el distanciamiento, aislamiento, negación, evitación o el escape de la situación conflictiva (Lazarus, 1999).

Mindfulness promueve y mejora el uso de una amplia gama de estrategias de afrontamiento positivas, a través de la práctica de atención plena. También se ha demostrado a través de estudios de investigación, que personas con altos niveles de atención plena ponen en práctica estrategias de afrontamiento focalizadas en las emociones y utilizan menos las estrategias centradas en la evitación (Weinstein, Brown y Ryan, 2009). Atendiendo a Sesker et al., (2016), a través de la práctica de *mindfulness*, los individuos tienden a participar en la resolución planificada de problemas para hacer frente a situaciones estresantes. Igualmente, las personas que utilizan la atención plena tienden a favorecer el afrontamiento basado en la atención y es menos probable que utilicen estrategias de afrontamiento centradas en la evitación.

Según Finkelstein-Fox, Park y Riley, (2019), la atención plena se asocia con un mayor "ajuste" de la atención centrada en el problema, frente a la aceptación de las estrategias centradas en un alto control del problema. Por lo tanto, las intervenciones basadas en el uso de estrategias frente al estrés centradas en la atención plena, pueden ser más efectivas, ya que promueven el afrontamiento consciente, utilizando las estrategias focalizadas en el problema como complemento, en lugar de sustituir el problema y evitarlo (Finkelstein-Fox, Park y Riley, 2019).

1.6.6. Beneficios de *mindfulness* a través de su práctica

Son muchos los trabajos que se han centrado en investigar qué beneficios tienen las prácticas basadas en los programas de *mindfulness*, acreditando que su práctica continuada, reporta beneficios en la vida cotidiana (Kabat-Zinn, 1990 y 2005; Lavilla, Molina y López, 2008; Simón, 2007; Stanton et al., 2000). Según Meiklejohn (2012) "Hay cada vez más datos convincentes de la mejora de la salud y bienestar de *Mindfulness*: reducción de estrés, ansiedad y depresión; mejora de la función del sistema inmune; aumento de la motivación para realizar cambios de estilo de vida y fomento de conexiones sociales".

La propuesta de Lavilla, Molina y López (2008), hace relación a que las prácticas continuadas de *mindfulness*, ayudan a disminuir la ansiedad y el estrés, así como la impulsividad, las distracciones y el sufrimiento. Al mismo tiempo, ayudan a incrementar la concentración y a disfrutar del momento presente mejorando la autoconciencia. El ejercicio constante de las

prácticas de *mindfulness* conlleva cambios beneficiosos en la autoconciencia, influyendo en el procesamiento de las experiencias, reduciendo la identificación del “yo” en los pensamientos y emociones (Hadash et al., 2016). Las prácticas de *mindfulness* son efectivas para mejorar el conocimiento del cuerpo, ya que se trabajan las sensaciones corporales y la respiración (Kabat-Zinn, 2005). *Mindfulness* también mejora la calidad de vida, como resultado de la mejoría de la sintomatología psicológica, ya que reduce el estrés y resulta moderadamente eficaz para disminuir síntomas de ansiedad, depresión y angustia (Van Dijk et al., 2017). Estudios relacionados con la satisfacción con la vida, también encontraron un aumento en el bienestar subjetivo y en la satisfacción con la vida, al mismo tiempo que un mayor nivel de inteligencia emocional y afecto positivo. Del mismo modo, influye de forma positiva en el bienestar emocional y físico, aumentando de esta forma la calidad de vida (Schutte y Malouff, 2011). Según Luján y Martín (2021) la práctica de *mindfulness* también tiene múltiples beneficios, ya que supone un recurso notable en la búsqueda del bienestar subjetivo, pues cumple importantes funciones tales como modular el pensamiento y reducir los niveles de estrés, angustia y ansiedad, lo que contribuye al mayor disfrute y calidad de vida de las personas que deciden integrarlo en su día a día (Luján y Martín, 2021).

En otro artículo publicado por la APA, los autores sugieren que *mindfulness* no solamente ofrece beneficios para los pacientes, sino que también son de gran ayuda y resultan beneficiosos para los terapeutas, siendo útil para reducir estrés, ansiedad, reactividad emocional, así como mejorar memoria de trabajo, flexibilidad cognitiva y la calidad de vida (Davis y Hayes, 2012).

1.6.7. Aplicación de programas de *mindfulness* en mujeres

La etapa del climaterio y menopausia afecta a las mujeres en diversas áreas, por eso es conveniente abordar los síntomas que se producen en este periodo desde una perspectiva psicosocial y médica (Monterrosa, Salguero y Mo, 2016). Diversas investigaciones se han centrado en comprobar si la aplicación de programas basados en *mindfulness*, resultan beneficiosos para reducir los diversos síntomas de diferentes trastornos psicológicos o sintomatología relacionada con las mujeres (Calero, 2020; Espejo y Conde, 2018; Miño, 2019; Monterrosa, Salguero y Mo, 2016).

Las terapias basadas en teorías cuerpo y mente, tienen bastantes ventajas para realizarlas desde el punto de vista de su implementación, aportando muchos beneficios a la población

femenina en el ámbito de la salud psicológica y social. La aplicación de estas terapias basadas en la meditación, han demostrado producir alivio en los síntomas de la menopausia, por ese motivo se están utilizando cada vez más con esta población (Thomas, Kamath y Kumar, 2020). Uno de los síntomas que tienen las mujeres en el periodo de la posmenopausia es una disminución de la calidad del sueño. El tratamiento realizado con una terapia grupal basada en *mindfulness* (MBSR), ha demostrado que estas prácticas son una estrategia eficaz para mejorar la calidad de sueño de las mujeres, en esta etapa de su ciclo vital (Darehzereshki, Dehghani y Enjezab, 2022).

Investigaciones actuales de intervenciones psicológicas a través de estrategias cognitivas conductuales y técnicas de relajación, han manifestado que las terapias basadas en la atención plena, como *mindfulness* (MBSR), proporcionan un enfoque alternativo para incrementar la autoaceptación y el afrontamiento, ya que ofrecen de forma sistemática, una mejora de la capacidad para llevar a cabo meditación y atención plena, utilizando el enfoque del autoaprendizaje para mejorar y disminuir el estrés en mujeres que se encuentran en la fase posmenopáusica. En este sentido las mujeres desarrollan una capacidad para reconocer sus pensamientos, sensaciones y sentimientos y, al mismo tiempo, crean una conciencia no reactiva que les ayuda a aceptar estos pensamientos, sensaciones y sentimientos (Wong et al., 2018). Del mismo modo, la práctica de *mindfulness* ha demostrado que alivia los síntomas de estrés al evitar la reactividad emocional y el pensamiento rumiante de la mujer en la etapa de la menopausia (Soods et al., 2019). El programa de *mindfulness* (MBSR), ha demostrado la eficacia a través de la aplicación continuada de las prácticas, en un periodo de al menos noventa días, manifestando que se produce un decremento de la activación emocional y una disminución de la sintomatología psicológica, así como un aumento significativo de la calidad de vida en mujeres en el periodo de la perimenopausia (Espejo y Conde, 2018).

1.6.8. *Mindfulness* rasgo de atención plena

Muchos de los estudios de *mindfulness* se han centrado en estudiar los resultados obtenidos después de aplicar programas de entrenamiento con prácticas de atención plena, para constatar los cambios que se han producido sobre las diversas variables estudiadas, como por ejemplo la ansiedad y el estrés. No obstante, *mindfulness* también es un rasgo o una capacidad de la persona que se puede cultivar, según la tradición budista. También puede tener la consideración de un rasgo vinculado con la forma de actuar de las personas y con su

personalidad, en este sentido, cada individuo puede tenerlo en menor o mayor medida (Kabat-Zinn, 2004). Cabe señalar que, el concepto de *mindfulness* también se relaciona con la práctica de la meditación enfocada en la activación de la atención plena como proceso y estado, con el propósito de llegar a aumentar la atención plena como rasgo (Hervás, Cebolla y Soler, 2016). La meditación y las prácticas de atención plena pueden aumentar la disposición de *mindfulness*, sin embargo, *mindfulness* también es una capacidad humana, natural, básica y universal de la persona, por este motivo, se ha estudiado este rasgo de una forma más profunda, señalando que podría estar compuesto por diversas habilidades que están relacionadas con una disminución de los problemas psicológicos, mejorando el bienestar general y la salud (Simón, 2007). De igual modo, existen investigaciones que afirman que el rasgo de atención plena, está asociado a una mejoría en la salud psicológica y también ejerce como un factor protector frente a la sintomatología psicológica que es causante de malestar en la vida diaria (Tomlinson et al., 2018).

En relación con la diversidad de estudios y el acelerado crecimiento de las intervenciones basadas en *mindfulness*, se ha incrementado al mismo tiempo, la producción de inventarios para la evaluación de rasgos de la atención plena. Existen diferentes estudios que están de acuerdo en designar este rasgo de atención plena como “rasgo *mindfulness*” y en que este concepto tiene un carácter multidimensional, con varias facetas (Baer et al., 2006). Baer et al., (2006) desarrollaron el modelo de las cinco facetas de *mindfulness*, donde manifiestan que este rasgo *mindfulness*, está formado por varias habilidades que se pueden describir del siguiente modo:

- Observar, haciendo referencia a las experiencias internas y externas, como pueden ser las sensaciones corporales, emociones, visiones, cogniciones, olores y sonidos.
- Describir, es decir, nombrar las emociones, experiencias y sentimientos, representarlos a través de las palabras, sin realizar juicios sobre ellos.
- Actuar con conciencia y dándose cuenta, centrándose en la actuación en el momento presente.
- No juzgar la experiencia interna, no evaluando la experiencia percibida, solo aceptándola sin modificarla.

- No reaccionar sobre la experiencia interna, haciendo referencia a la tendencia a darse permiso para que fluyan las emociones y los sentimientos sin dejarse llevar por los mismos.

Estas diversas habilidades se pueden estimar como diversas dimensiones o facetas de *mindfulness*, consideradas como rasgo (observar, describir, actuar con conciencia, no enjuiciamiento y no reaccionar), conceptuadas según el cuestionario *Five Facet Mindfulness Questionnaire* (FFMQ) (Baer et al., 2006).

Actualmente existe bastante interés en realizar investigaciones centradas en el estudio sobre la relación entre las facetas de atención plena, rasgo *mindfulness* y la sintomatología psicológica (Calvete, Orue y Sampedro, 2017; Oñate y Calvete, 2018; Oñate y Calvete, 2019). Concretamente en un estudio, se ha manifestado que algunos componentes del cuestionario FFMQ, como no juzgar la experiencia interna y no reaccionar sobre a experiencia interna, pueden fomentar un compromiso saludable con las emociones, proporcionando una mejoría en la utilización de estrategias de regulación emocional alternativas al uso de Internet para aliviar las emociones negativas (Chambers, Gullone y Allen, 2009). El entrenamiento de la atención plena ha manifestado la eficacia para producir una mejora de las habilidades de regulación emocional. En intervenciones centradas en la exploración de la relación entre rasgo *mindfulness* y el acceso a las estrategias de regulación emocional, se ha demostrado que en personas que tienen alta puntuación en rasgo *mindfulness*, poseen más estrategias de regulación emocional y tardan menos tiempo en alcanzar dichas estrategias frente a las palabras con valencia positiva, que las que tienen baja puntuación en rasgo *mindfulness*. Por consiguiente, se muestra la trascendencia de la regulación emocional, como un recurso sobre el que puede interaccionar *mindfulness* (Campos, Cebolla y Mira, 2015).

En diversos estudios se ha demostrado que *mindfulness* es una buena herramienta para modificar la actitud de las personas, con efecto en el momento presente. No obstante, es importante puntualizar que este proceso de desarrollo de la atención plena, no es un proceso lineal, ya que existen momentos en los que se produce un estancamiento, unido a otros en los que se incrementa la mejoría de la misma. Del mismo modo, el incremento de la práctica y el estado *mindfulness*, incrementa el rasgo *mindfulness* (García y Demarzo, 2018). Una mayor atención plena se relaciona con los factores no juzgar y actuar con conciencia, que correlacionan con la influencia sobre la disminución de la sintomatología ansiosa, más que el resto de factores de rasgo *mindfulness*. De igual modo, estos dos rasgos, también tienen más

importancia en la relación con otros síntomas psicológicos (Cash y Whittingham, 2010; Cruz y Paramio, 2018; Linares et al., 2016; Ostafin, Brooks y Laitem, 2013).

2. Justificación

El presente trabajo estuvo motivado por el interés en aplicar un programa basado en *Mindfulness* (MBSR), en mujeres adultas que atraviesan la etapa del climaterio y analizar su efectividad en la reducción de los síntomas de ansiedad y estrés, y la relación que tienen estos factores con la calidad de vida. Este es un problema de actualidad ya que, según algunos estudios, las mujeres sufren de ansiedad y estrés, derivado de diversas situaciones en su vida diaria, así como una falta de recursos de afrontamiento.

Según Levinson (1986), la adultez intermedia es el periodo considerado entre los 40 y los 65 años. Las mujeres que se encuentran en esta etapa comienzan a observar cambios en el funcionamiento físico y en su aspecto de una forma progresiva. Son diversos factores los que influyen en estos cambios a nivel físico, afectando a diferentes áreas del cuerpo, haciendo que comience un declive a partir de los 40 años (Hoffman, Paris y Hall, 1996).

Las mujeres que viven en este periodo sufren modificaciones físicas a nivel de percepción y cognición, así como cambios psicosociales, debidos a los cambios hormonales (Bee y Mitchell, 1980). Cuando va pasando el tiempo, el climaterio y la menopausia conducen a otro estado más significativo para ellas, donde se sienten más frágiles debido a las diferencias que sufren, provocadas por los cambios físicos y las repercusiones que afectan a sus relaciones y contexto social. Asimismo, se encuentran atravesando un estado de sobrecarga mental y física, que hace que disminuya su salud femenina (Couto y Nápoles, 2014). Estos cambios físicos y psicosociales también provocan ansiedad en las mujeres que atraviesan la etapa de la menopausia. Cuando aumenta la ansiedad, se ven aumentados los síntomas de origen psicológico, promovido por los mismos cambios hormonales (Borquez et al., 2022).

En la etapa del climaterio, los síntomas que derivan de la diferencia hormonal que ha sentido su cuerpo, afecta a su estado de ánimo en general, ya que produce una disminución de la sensación de bienestar y calidad de vida (Greene, 2003). El desconocimiento de la realidad de la menopausia y el climaterio, puede promover una tendencia a tener una conceptualización inexacta de este período (De-Luca et al., 2004).

El término “estrés”, se ha hecho muy popular y es muy utilizado en casi todos los aspectos de la vida. En la sociedad en la que vivimos, uno de los problemas a los que nos enfrentamos, es la creencia de que lo importante para conseguir el bienestar es cumplir objetivos y metas. Existe la necesidad de realizar muchas cosas a la vez, comer rápido, hablar deprisa, movernos aceleradamente, en definitiva, vivir deprisa (Melgosa, 1995). Como resultado, esta mentalidad de vivir deprisa, tiene consecuencias físicas y psicológicas, como es soportar unos niveles de ansiedad y estrés elevados y mantenidos en el tiempo, que interfieren en la calidad de vida de la población en general (Del Barrio, 1997). Son diversos factores psicosociales los que influyen en las enfermedades relacionadas con la salud mental y la conexión que tienen con el ámbito familiar, laboral y social. El hecho de no poder responder a tantas exigencias del entorno, mantiene el instinto innato de supervivencia activo de una forma intermitente. Si esta situación se vuelve frecuente y mantenida, en los individuos surge el estrés presentando síntomas de fatiga y otros síntomas de malestar, como la depresión, ansiedad y estrés (Verano, R. A. y Gavito, C., 2015). En el caso de las mujeres que están en la etapa del climaterio o menopausia, se acentúa esta sintomatología. Del mismo modo, todas las connotaciones negativas que se mantienen asociadas a los síntomas, podría hacer que las mujeres interpreten de una forma amenazante, algunos eventos que transcurren en su vida cotidiana. Esto conlleva que se produzca estrés psicológico percibido (De-Luca et al., 2004).

Jon Kabat-Zinn (2003) definió el término *mindfulness* o “atención plena” como la conciencia plena en el momento presente, con el propósito de tener la experiencia en el momento presente, “aquí y ahora”, sin juzgarla ni responder a ella, haciendo uso de una mente de principiante. Propuso el programa *Mindfulness Based Stress Reduction* (MBSR) basado en tratamiento de enfermedades físicas y mentales, como el estrés, ansiedad, depresión y dolor físico (Kabat-Zinn, 1990). *Mindfulness* es considerada una Terapia de Tercera Generación, sus técnicas se utilizan en muchas áreas de la psicología y actualmente existen numerosos estudios científicos que avalan su eficacia, respecto a la disminución de la sintomatología causada por la ansiedad y el estrés (Shapiro, Schwartz y Santerre 2002, Lyubomirsky, 2008, Siegel 2010, Kabat-Zinn 1990 y 2005). Diferentes estudios manifiestan los beneficios que ofrece *mindfulness* para reducir el estrés, la ansiedad y la reactividad emocional, así como para mejorar la calidad de vida (Davis y Hayes, 2012). En la misma línea, otras investigaciones psicológicas basadas en *mindfulness*, han demostrado ser eficaces en el tratamiento de

diversos trastornos de ansiedad, asociando una mejoría en una gran diversidad de síntomas, pudiendo fomentar de una forma general, un mejor afrontamiento de situaciones que producen estrés y malestar psicológico (Hodann-Caudevilla y Serrano-Pintado, 2016).

3. Objetivos

3.1. Objetivo General

El objetivo general es estudiar la eficacia de un programa basado en *mindfulness* (MBSR), sobre la ansiedad, las estrategias de afrontamiento del estrés y la calidad de vida, valorando el rasgo *mindfulness*, en un grupo de mujeres adultas de edad comprendida entre 50 y 65 años, que se encuentran en la etapa del climaterio y/o menopausia.

3.2. Objetivos Específicos

Los objetivos específicos son los siguientes:

1. Implementar un programa basado en *mindfulness* (MBSR), con una duración de 8 semanas, en un grupo de mujeres de edad comprendida entre 50 y 65 años, que se encuentran en la etapa del climaterio y/o menopausia.
2. Analizar las variables de ansiedad estado y la calidad de vida global, en la muestra de estudio antes y después de realizar el programa basado en *Mindfulness* (MBSR).
3. Analizar las variables de estrategias de afrontamiento del estrés focalizadas en el problema, estrategias de afrontamiento del estrés focalizadas en la emoción y estrategias de afrontamiento del estrés focalizadas en la evitación, en la muestra de estudio antes y después de aplicar el programa basado en *Mindfulness* (MBSR).
4. Analizar las facetas del rasgo *mindfulness*, con las variables: observar, describir, actuar con conciencia, no enjuiciamiento y no reactividad, en la muestra de estudio antes y después de aplicar el programa basado en *Mindfulness* (MBSR).

4. Hipótesis

Las hipótesis de este estudio son las siguientes:

Hipótesis 1: la muestra de estudio presentará cambios significativos después de la aplicación del programa basado en *Mindfulness* (MBSR), mostrando un nivel inferior de ansiedad estado, después de la intervención.

Hipótesis 2: la muestra de estudio aumentará el uso de las estrategias de afrontamiento centradas en la emoción y disminuirá el uso de las estrategias de afrontamiento centradas en el problema y en la evitación, después de la aplicación del programa basado en *Mindfulness* (MBSR).

Hipótesis 3: la muestra de estudio presentará un nivel superior de calidad de vida, después de haberse aplicado el programa basado en *Mindfulness* (MBSR).

Hipótesis 4: la muestra de estudio presentará una puntuación más alta en las facetas de rasgo *mindfulness*: *observar, describir, actuar con conciencia, no enjuiciamiento y no reactividad*, después de haberse aplicado el programa basado en *Mindfulness* (MBSR).

5. Marco metodológico

Este estudio se ha basado en un diseño cuasi-experimental, no se ha hecho una selección de la muestra de forma aleatoria, sino que se ha seleccionado previamente. Se ha utilizado la aplicación de procedimientos propios, sin tener el control de variables y sin asignación al azar de los participantes. En esta investigación no se ha establecido una relación causa-efecto entre las variables y no ha existido un control total de todas las variables. Es un diseño longitudinal, porque se ha efectuado una medición y comparación de las variables en dos momentos, antes y después de la exposición al programa basado en *mindfulness* (MBSR). El programa de intervención se realizó en 8 semanas consecutivas, un día a la semana con una duración de dos horas y media cada una de ellas. La metodología utilizada en las sesiones estuvo enfocada en proporcionar enseñanza y aportar beneficios a través de las prácticas tanto formales como informales.

5.1. Participantes

La muestra de estudio ha sido seleccionada previamente de un grupo de mujeres que asisten a un taller en el que se ha implementado un programa basado en *mindfulness* (MBSR). Es una muestra por conveniencia, ya que la investigadora ha tenido acceso a este grupo de mujeres que asisten habitualmente a diversos talleres de psicología que se ofrecen en el Centro de Psicología que los difunde. La muestra está compuesta por 24 mujeres, de edad comprendida entre 50 y 65 años y se encuentran en la etapa del climaterio y/o menopausia y refieren sintomatología relacionada con el estrés y la ansiedad.

Este grupo de mujeres han dado su consentimiento de forma voluntaria para formar parte del estudio de investigación de este TFM y han firmado el consentimiento informado para ello. En la tabla 1 se aprecian los datos descriptivos de la muestra de estudio, compuesta por $N=24$ ($M=55,29$, $DT=3,994$). En figura 1, se pueden ver estos datos de forma gráfica.

Tabla 1. *Descriptivos de la muestra.*

Edad	N	Media	Dt	Mínimo	Máximo
50-65	24	55,29	3,99	50	62

5.1.1. Criterios de inclusión

- Mujeres que forman parte del taller que ofrece el programa de *mindfulness* (MBSR), con edad comprendida entre 50 y 65 años.
- La firma del consentimiento informado previamente a la realización del estudio de investigación.

5.2. Instrumentos

Los instrumentos utilizados para medir las variables de estudio en este trabajo han sido los siguientes:

5.2.1. Cuestionario de Ansiedad Estado-Rasgo (STAI), (Spielberger, Gorsuch, y Lushene, 1982)

Es un cuestionario autoadministrado para adultos y adolescentes, con un nivel cultural mínimo para que comprendan las instrucciones del cuestionario. Evalúa el nivel de ansiedad de un individuo en el momento presente (ansiedad-estado) y mide la predisposición que tiene como respuesta al estrés (ansiedad-rasgo). Está compuesto por 40 ítems, de los cuales los primeros 20 pertenecen a la subescala ansiedad-estado y los 20 siguientes corresponden a la subescala ansiedad-rasgo. La puntuación total para cada escala puede oscilar entre 0 y 60, teniendo en cuentas que las puntuaciones más bajas indican menores niveles de ansiedad y las más altas mayores niveles de ansiedad. Las opciones de respuesta son: 0=nada, 1=algo, 2=bastante y 3=mucho. El cuestionario tiene una consistencia interna que oscila entre 0.90 y 0.93 para la subescala ansiedad-estado y entre 0.84 y 0.87 para la subescala ansiedad-rasgo. Tiene una fiabilidad test-retest que oscila entre 0.73 y 0.86 (Guillén-Riquelme y Buela-Casal, 2001). Indica correlaciones con otras medidas de ansiedad como la Escala de Ansiedad Manifiesta de Taylor (Taylor, 1953), y la Escala de Ansiedad de Cattell que oscila entre 0.73 y 0.85 (Catell, 1966). El tiempo estimado de aplicación es de 15 minutos. La adaptación al español fue realizada por Spielberger, Gorsuch, y Lushene (1982). En este estudio, la escala total obtuvo un coeficiente alfa de cronbach de 0.91 y en la subescala ansiedad estado obtuvo un valor de 0.90.

5.2.2. Cuestionario de evaluación de estrategias de afrontamiento ante el estrés (COPE), (Crespo y Cruzado, 1997)

Es un inventario multidimensional que evalúa las diferencias individuales en las respuestas de afrontamiento, la versión original fue desarrollada por Carver, Scheier y Weintraub (1989). Este inventario está compuesto por 60 ítems, que se califican en un formato de escala Likert que va del 1 al 4. Las opciones de respuesta son: 1=en absoluto, 2=un poco, 3=bastante, 4=mucho. Está compuesta por 15 subescalas que se refieren a los diferentes modos de afrontar el estrés. Según Ingledew et al, (1996), estas subescalas se pueden agrupar en tres factores que ponen a prueba la varianza de los datos. Estos factores se organizan en tres estilos de estrategias de afrontamiento ante el estrés: estrategias centradas en el problema (reinterpretación positiva y crecimiento personal, afrontamiento activo, planificación, supresión de actividades distractoras, aceptación y refrenar el afrontamiento), centradas en

la emoción (búsqueda de apoyo social emocional, búsqueda de apoyo social instrumental, centrarse en las emociones y desahogarse) y centrado en la evitación (desconexión mental, desconexión conductual, negación y humor), excluyendo las escalas de uso de drogas y alcohol, y religión (Cruzado y Crespo, 1997; Ingledew et al., 1996). Esta escala tiene una consistencia que oscila entre 0.45 y 0.92. Fiabilidad test-retest entre 0.46 y 0.86 (8 semanas) y entre 0.42 y 0.89 (6 semanas). Una correlación versión general y situacional menor de 0.40 (menos las escalas de consumo de alcohol y drogas, y religión). En la validez, indica correlaciones con otras escalas de afrontamiento y medidas de personalidad. El tiempo estimado de aplicación es de 15 a 20 minutos. La adaptación al español fue realizada por Crespo y Cruzado (1997). En este estudio, la escala total obtuvo un coeficiente alfa de cronbach de 0.84. En las subescalas se obtuvo los siguientes valores: estrategias de afrontamiento centradas en el problema 0.89, estrategias de afrontamiento centradas en la emoción 0.73 y estrategias de afrontamiento centradas en la evitación 0.34.

5.2.3. Escala de Calidad de Vida WHOQOL-BREF (Lucas-Carrasco, 1998,2012)

Escala autoadministrada que mide de forma genérica la calidad de vida. Este cuestionario proviene de WHOQOL-100, una escala más amplia que valora la calidad de vida en diferentes países. WHOQOL-BREF obtiene un perfil del usuario y una puntuación sobre la percepción de calidad de vida global, salud general y otras áreas de la vida y cuenta con una validez demostrada para la valoración de la calidad de vida. No tiene puntos de corte propuesto, a mayor puntuación, mayor calidad de vida percibida. El WHOQOL- BREF, está compuesto por 26 preguntas, de las cuales, una se refiere a percepción de calidad de vida global (ítem número 1) y otra que mide el estado de salud general (ítem número 2). Las 24 restantes se agrupan en cuatro dominios de calidad de vida: salud física (7 preguntas), salud psicológica (6 preguntas), relaciones sociales (3 preguntas) y ambiente (8 preguntas). Las preguntas cuentan con 5 opciones de respuestas que puntúan entre 1 y 5. Sus propiedades psicométricas aportan una puntuación con fiabilidad en cada una de las áreas evaluadas. La validez correlaciona con WHOQOL-100 en un nivel elevado, ofreciendo una puntuación que oscila entre 0.89 y 0.95. La consistencia interna que ofrece oscila es de 0.84 para la dimensión de salud física, 0.75 para la dimensión de salud psicológica, 0.66 para la dimensión de relaciones sociales y 0.80 para la dimensión de ambiente. El tiempo de aplicación de esta escala es de 10 minutos. En este estudio, la escala total obtuvo un coeficiente alfa de cronbach de 0.78.

5.2.4. Cuestionario Five Facets Mindfulness Questionnaire (F.F.M.Q), (Baer et al., 2006)

Es un instrumento que evalúa la variable rasgo *mindfulness*. Este cuestionario está conformado por 39 ítems, que evalúan el constructo psicológico de *mindfulness* como un rasgo, agrupado entre 5 factores. Los ítems se clasifican en una escala Likert que va desde 1=nunca o muy rara vez es verdad, 2=rara vez es verdad, 3=algunas veces es verdad, 4=a menudo es verdad y 5=muy a menudo o siempre es verdad. Tiene un coeficiente alfa de 0.88, es considerado un instrumento bastante efectivo en población española (Cebolla et al., 2012). Los factores que mide el instrumento son: el *factor observar* (ítems 1, 6, 11, 15, 20, 26, 31, 36), el *factor describir* (ítems 2, 7, 12, 16, 22, 27, 32, 37), *factor actuar con conciencia* (5, 8, 13, 18, 23, 28, 34, 38), el *factor no enjuiciamiento* (4, 9, 19, 21, 24, 29, 33) y el *factor no reactividad* (3, 10, 14, 17, 25, 30, 35, 39). Estos factores han demostrado tener una consistencia interna adecuada que oscila entre 0.75 y 0.91. FFMQ correlaciona de forma positiva con otras medidas, como la apertura a la experiencia y la regulación emocional, no obstante, correlaciona negativamente con el estrés emocional. El tiempo de aplicación es de 30 minutos aproximadamente. En este estudio, la escala total obtuvo un coeficiente alfa de cronbach de 0.82. En las subescalas de cada uno de los factores se obtuvo los siguientes valores: observar 0.66, describir 0.31, actuar con conciencia 0.78, no enjuiciamiento 0.81 y no reactividad 0.55. En la tabla 2 se presenta un resumen de los instrumentos aplicados y variables utilizadas:

Tabla 2. *Instrumentos aplicados y variables utilizadas.*

Instrumentos	Variables medidas
Cuestionario de Ansiedad Estado-Rasgo (STAI)	Ansiedad estado
Cuestionario de evaluación de estrategias de afrontamiento ante el estrés (COPE)	Estrategias de afrontamiento del estrés centradas en la emoción, centradas en el problema y centradas en la evitación
Escala de Calidad de Vida WHOQOL-BREF	Calidad de vida global

Cuestionario Five Facets Mindfulness Questionnaire (F.F.M.Q)	Mindfulness rasgo: observar, describir, actuar con conciencia, no enjuiciamiento, no reactividad
--	--

5.3.Procedimiento

La primera parte del procedimiento de este trabajo ha sido realizar la propuesta para el trabajo fin de máster, que fue elaborada en mayo de 2022, después de detectar la necesidad de aplicar un programa basado en *mindfulness* (MBSR), a un grupo de mujeres que podían ser beneficiarias de este estudio de investigación. Se procede a la elaboración de la documentación necesaria para la adecuada participación de las usuarias y la correcta ejecución del trabajo. Al mismo tiempo, se elaboró otra documentación necesaria para que la propuesta de estudio fuera aprobada. Los documentos que acompañan este procedimiento son los siguientes:

5.3.1. Compromiso de confidencialidad

La investigadora firma el compromiso de confidencialidad (Anexo B) y queda comprometida a la protección de los datos personales de las participantes, que serán incluidos en los documentos e inventarios recogidos en el proceso de realización de la investigación.

5.3.2. Autorización del centro

El centro donde se realiza el programa basado en *mindfulness* (MBSR), autoriza la realización del trabajo de investigación y aprueba su desarrollo en el centro (Anexo C).

5.3.3. Formulario de memoria de TFE

Se elabora la memoria del estudio y se presenta a la comisión de investigación de TFE de la UNIR. En el formulario se detalla la justificación y el valor social, los objetivos, el diseño, la muestra, las variables de resultado, la documentación necesaria para la recogida de datos, los instrumentos de evaluación que van a ser utilizados y la propuesta de análisis de datos. Se procede a la presentación de todos los documentos ajustándose a los principios éticos. El proyecto de TFM ha sido aprobado por la Comisión de investigación de TFM de la UNIR, emitiendo un informe favorable ya que el estudio se ajusta a las normas éticas y criterios deontológicos de la institución.

5.3.4. Consentimiento informado

Cumpliendo la ética del trabajo de investigación, antes del inicio de las sesiones del programa, se realizó una sesión informativa explicando el contenido del programa, clarificando la metodología que se iba a utilizar, así como la temporalización del mismo. En este mismo acto, las mujeres que estaban interesadas firmaron el consentimiento informado (Anexo A), para formar parte del estudio.

El consentimiento informado se elabora para que las participantes del estudio tengan la garantía de que su participación es voluntaria y libre, así como asegurar que reciben toda la información necesaria sobre el estudio y para que su asistencia esté dentro del marco legal de la protección de datos y ético. En la explicación se detalla el contenido general del programa de *mindfulness* (MBSR), los objetivos, la finalidad y la temporalización. El documento se elabora con dos copias, una para las participantes y otra para la investigadora.

Una vez que han firmado el consentimiento informado, se pasa a la administración de los instrumentos de evaluación que se aplican para tener una primera evaluación antes del inicio de la primera sesión del programa. Los instrumentos de evaluación que se aplican para medir las variables de estudio, se aplican en la primera sesión, antes de comenzar el programa, y en la octava sesión, una vez que ha finalizado el programa. Los instrumentos que se aplican a cada una de las participantes están codificados para proteger la confidencialidad de los datos durante todo el proceso de la investigación. El programa se ha desarrollado como estaba previsto y al finalizar se han cumplimentado de nuevo todos los instrumentos que se pasaron al inicio del programa para realizar la evaluación post tratamiento. Al finalizar el programa se ha procedido al análisis de datos de todas las pruebas recogidas.

5.4. Programa de intervención basado en *mindfulness* (MBSR)

El programa que se ha llevado a cabo, se ha basado en el propuesto por Kabat-Zinn (2003) *Mindfulness Based Stress Reduction* (MBSR).

5.4.1. Metodología del programa basado en *mindfulness* (MBSR)

El programa se implementó después de tener la aceptación de la propuesta por la comisión ética de la UNIR. Es un programa de ocho semanas de duración, que se ha implementado en

grupo, se ha aportado una información general sobre el estrés, cuáles son sus causas y los estilos de afrontamiento. Se ha realizado en sesiones semanales de dos horas y media cada una. El programa ha incorporado prácticas basadas en el yoga y la meditación, tanto prácticas formales, como prácticas informales. La aplicación del programa se ha complementado con ejercicios que se han mandado para hacerlos fuera de las sesiones, complementado así las prácticas de la programación. Las actividades y ejercicios propuestos se han realizado en orden de dificultad, para mantener un seguimiento y una cronología que facilitara la adquisición del aprendizaje de forma paulatina y conseguir el máximo beneficio de ellos. Al final de cada una de las sesiones se han puesto en común las sensaciones obtenidas con las prácticas, se han debatido, y se han explicado las tareas y ejercicios para realizarlos en la semana siguiente a la sesión.

5.4.2. Evaluación del programa basado en *mindfulness* (MBSR)

La evaluación del programa se ha realizado en dos momentos diferentes. El pretest que se realizó justamente antes de la implementación del programa, marcando la línea base de la cual ha partido el estudio de investigación, donde se han obtenido todos los datos de las participantes, a través de los instrumentos que se les ha aplicado. Y en segundo lugar, el postest que se llevó a cabo al finalizar el programa, administrando de nuevo los cuestionarios que se aplicaron al inicio del programa. Con todos los datos adquiridos, se ha realizado la evaluación final para comprobar si los objetivos marcados y las hipótesis se han cumplido.

5.4.3. Contenido de las sesiones del programa basado en *mindfulness* (MBSR)

Las sesiones del programa están conformadas por contenido teórico y práctico, centrados en cumplir los objetivos propuestos por el programa basado en *mindfulness* (MBSR). Además de las sesiones presenciales, se ordenaron unos ejercicios y prácticas semanales, para realizarlos en casa, complementando de este modo la formación. A continuación se detalla el contenido principal llevado a cabo durante la duración del programa. Se trata de un programa de ocho sesiones, que se llevó a cabo una vez por semana con una duración de dos horas y media cada una de las sesiones. De forma extra y adicional a estas prácticas, se llevó a cabo una convivencia de seis horas, se realizó practicando el silencio y realizando prácticas que llevan a la experiencia centrada en el “aquí y ahora”. Se utilizó material didáctico a través de los cuales se explicaron conceptos teóricos y prácticos, así como ejercicios ordenados como tareas para casa en las semanas siguientes a las sesiones programadas. También se utilizó material para

que las participantes hicieran un registro en casa y audios para poner en prácticas los ejercicios de *mindfulness*. A continuación, se detalla en la tabla 3, los temas y las principales prácticas realizadas:

Tabla 3. *Contenido de las sesiones del programa basado en mindfulness (MBSR).*

Sesiones	Contenido
Sesión 1	<p>Evaluación pretest. Explicación del concepto de <i>mindfulness</i> (MBSR), estrés y su relación con las estrategias de afrontamiento, así como éstas influyen en la calidad de vida y los beneficios que reportan. Explicación del contenido general del programa. Ejercicios para centrar la atención en la respiración y las sensaciones de las partes del cuerpo. Entrenamiento en prácticas formales e informales. Práctica de exploración corporal.</p> <p>Explicación del ejercicio ordenado para su realización durante la semana siguiente: prácticas formales, informales y ejercicio de los nueve puntos. Audios guía de prácticas de <i>mindfulness</i>. Reflexión.</p>
Sesión 2	<p>Prácticas de exploración corporal y atención a la respiración. Explicación de la función de los momentos agradables. Ejercicio de la uva pasa.</p> <p>Explicación del ejercicio ordenado para su realización semanal: prácticas formales, informales y registro de momentos agradables. Audios guía de prácticas de <i>mindfulness</i>. Reflexión.</p>
Sesión 3	<p>Prácticas de exploración corporal, movimientos conscientes en el suelo y atención a la respiración. Registro de momentos desagradables. Concepto de alimentación y vida saludable relacionada con la calidad de vida.</p> <p>Explicación del ejercicio ordenado para su realización semanal: prácticas formales e informales y registro de momentos desagradables. Audios guía de prácticas de <i>mindfulness</i>. Reflexión.</p>
Sesión 4	<p>Prácticas de exploración corporal y atención a las sensaciones corporales. Movimientos conscientes en el suelo. Atención a las reacciones automáticas. Explicación del piloto automático con una metáfora.</p> <p>Explicación del ejercicio ordenado para su realización semanal: prácticas formales e informales, toma de conciencia de momentos de bloqueos y atención a las reacciones automáticas. Reflexión.</p>
Sesión 5	<p>Prácticas de meditación sentada, movimientos de suelo y exploración corporal. Atención a los momentos de estrés y malestar. Atención a los momentos de dificultad de comunicación. Metáfora de las nubes.</p>

Explicación del ejercicio ordenado para su realización semanal: prácticas formales e informales, registro de comunicaciones difíciles. Reflexión.

Sesión 6 Prácticas de meditación sentada, movimientos en el suelo, movimientos de pie y exploración corporal. Atención a los momentos en de reacción, comunicación difícil y patrones de conducta mecánicos. Metáfora del jardín.

Explicación de ejercicio ordenado para su realización semanal: prácticas formales e informales, atención a los momentos de reactividad y patrones de conducta mecánicos. Reflexión.

Sesión vivencial Sesión vivencial y experiencial, intensiva durante 6 horas. Práctica del silencio y convivencia practicando ejercicios de práctica formal e informal.

Sesión 7 Práctica de meditación sentada, movimientos conscientes, meditación *metta* y exploración corporal. Explicación de meditación *metta*. Atención a las actividades diarias y tiempo dedicado. Metáfora del monstruo.

Explicación del ejercicio ordenado para su realización semanal: prácticas formales e informales, atención al cómo se emplea el tiempo y las elecciones que se realizan. Reflexión.

Sesión 8 Práctica de meditación sentada, movimientos conscientes y exploración corporal. Explicación del mantenimiento del programa y profundización en la filosofía de *mindfulness*. Plan de prácticas personal para el seguimiento y autocuidado. Indicaciones de ideas para las prácticas informales. Evaluación postest.

5.4.4. Cronograma

En la tabla 4 se puede visualizar el cronograma del programa de trabajo, base de este estudio de investigación.

Tabla 4. *Cronograma*

Nº sesión/fecha	1ª sesión	2ª sesión	3ª sesión	4ª sesión	5ª sesión	6ª sesión	Viven sesión	7ª sesión	8ª sesión
Consentimiento informado									

Evaluación pretest									
Teoría sobre <i>mindfulness</i>									
Prácticas formales									
Prácticas informales									
Prácticas con metáforas									
Vivencia silencio/meditación									
Evaluación posttest									

5.5. Análisis de datos

Para realizar el análisis de datos del estudio, se utilizó el programa informático SPSS (Statistical Package for the Social Sciences), versión 25. Durante el proceso, se utilizaron diversas pruebas para estudiar los diferentes objetivos. En las pruebas estadísticas se estableció el nivel de significación menor o igual a 0.05. Se utilizaron estadísticos descriptivos para conocer y describir la muestra de estudio, utilizando media y desviación típica o estándar. Esta investigación es un estudio cuasiexperimental con una muestra inferior a 50 sujetos, con dos medidas en distintos momentos. Se ha utilizado la prueba “Shapiro Wilk” para el estudio de la normalidad de la muestra, ya que la muestra es inferior a 50 sujetos. Se ha utilizado la prueba paramétrica “prueba T”, para las variables que han mostrado normalidad y la prueba no paramétrica “W de Wilcoxon”, para las variables que no muestran normalidad. Las puntuaciones obtenidas han mostrado diferencias significativas en los datos estudiados, en los momentos indicados antes y después de la aplicación del programa.

6. Resultados

A continuación se presentan los resultados obtenidos del análisis de datos correspondiente al estudio. En la medición realizada a través del instrumento STAI, solo se presenta el resultado de los valores de la variable ansiedad-estado, ya que la ansiedad-rasgo no es objeto de estudio del presente trabajo. El instrumento WHOQOL-BREF, recoge medidas de diferentes áreas de la calidad de vida, solo se presenta la puntuación de la calidad de vida global, ya que es la variable objeto de estudio del trabajo. El cuestionario COPE recoge datos de 15 dimensiones referidas a las estrategias de afrontamiento, no obstante, en el presente trabajo se han agrupado en 3 factores, centrados en el problema, emoción y evitación, ya que estos son objeto de estudio del trabajo.

6.1. Pruebas de normalidad.

En primer lugar se han realizado las pruebas correspondientes para saber si las variables siguen una distribución normal. A continuación se detallan en la tabla 5, los resultados obtenidos con la prueba Shapiro-Wilk. Los resultados con un valor de significación inferiores a 0,05, nos hace rechazar la hipótesis nula de que los datos de la muestra siguen la normalidad. Los valores obtenidos señalan que las variables ansiedad-estado, estrategias de afrontamiento del estrés centradas en el problema (EA problema), estrategias del afrontamiento del estrés centradas en la emoción (EA emoción), estrategias de afrontamiento del estrés centradas en la evitación (EA evitación), y los factores de rasgo *mindfulness*: observar (RM observar), actuar con conciencia (RM actuar conciencia), no enjuiciamiento (RM no enjuiciamiento), y no reactividad (RM no reactividad), muestran una significación superior a 0,05, por lo tanto, siguen la normalidad. Los datos observados de las variables calidad de vida y el factor de rasgo *mindfulness* describir (RM describir), han mostrado unos valores inferiores a 0,05, por lo que evidencian que estos factores no proceden de un distribución normal y no siguen la normalidad.

Tabla 5. Resultados de las pruebas de normalidad.

Variables	Estadístico	gl	Sig.
-----------	-------------	----	------

Ansiedad-estado	,88	24	,27
EA problema	,93	24	,15
EA emoción	,93	24	,15
EA evitación	,97	24	,84
Calidad de vida	,63	24	,00
RM observar	,97	24	,86
RM describir	,89	24	,02
RM actuar conciencia	,97	24	,85
RM no enjuiciamiento	,95	24	,38
RM no reactividad	,97	24	,66

EA problema: Estrategias de afrontamiento centradas en el problema; EA emoción: Estrategias de afrontamiento centradas en la emoción; EA evitación: Estrategias de afrontamiento centradas en la evitación; RM: Rasgo mindfulness.

6.2. Análisis de descriptivos

Se ha realizado un análisis descriptivo de las todas las variables, estos datos aparecen en la siguientes tablas que detallan los valores obtenidos.

6.2.1. Análisis de descriptivos de las variables que siguen la normalidad

En la tabla 6 se pueden ver los resultados obtenidos de las variables que siguen la normalidad, ansiedad-estado, EA problema, EA emoción, EA evitación, RM observar, RM actuar conciencia, RM no enjuiciamiento, RM no reactividad. Se detallan los valores obtenidos de los estadísticos: número de sujetos, media, desviación típica, valor mínimo y máximo. Se presentan los datos obtenidos en los dos momentos de medición, en primer lugar, se presentan los resultados del análisis pretest y posttest.

Tabla 6. Estadísticos descriptivos pretest y posttest de las variables que siguen la normalidad.

		Pre/Post	Pre/Post	Pre/Post	Pre/Post
	N	Media	Dt	Min	Max
Ansiedad-estado	24	29,63 / 24,17	13,04 / 9,86	6 / 5	52 / 40
EA problema	24	49,21 / 58,54	9,97 / 4,76	34 / 49	59 / 67

EA emoción	24	38,08 / 48,33	2,94 / 5,79	35 / 41	42 / 59
EA evitación	24	24,83 / 23,25	1,76 / 2,78	23 / 23	27 / 35
RM observar	24	24,00 / 32,58	3,42 / 3,16	17 / 26	31 / 39
RM actuar conciencia	24	26,17 / 24,50	4,47 / 5,36	17 / 19	33 / 37
RM no enjuiciamiento	24	17,71 / 21,17	4,01 / 3,11	10 / 16	25 / 25
RM no reactividad	24	24,88 / 22,00	3,27 / 2,34	19 / 18	35 / 26

EA problema: Estrategias de afrontamiento centradas en el problema; EA emoción: Estrategias de afrontamiento centradas en la emoción; EA evitación: Estrategias de afrontamiento centradas en la evitación; RM: Rasgo mindfulness.

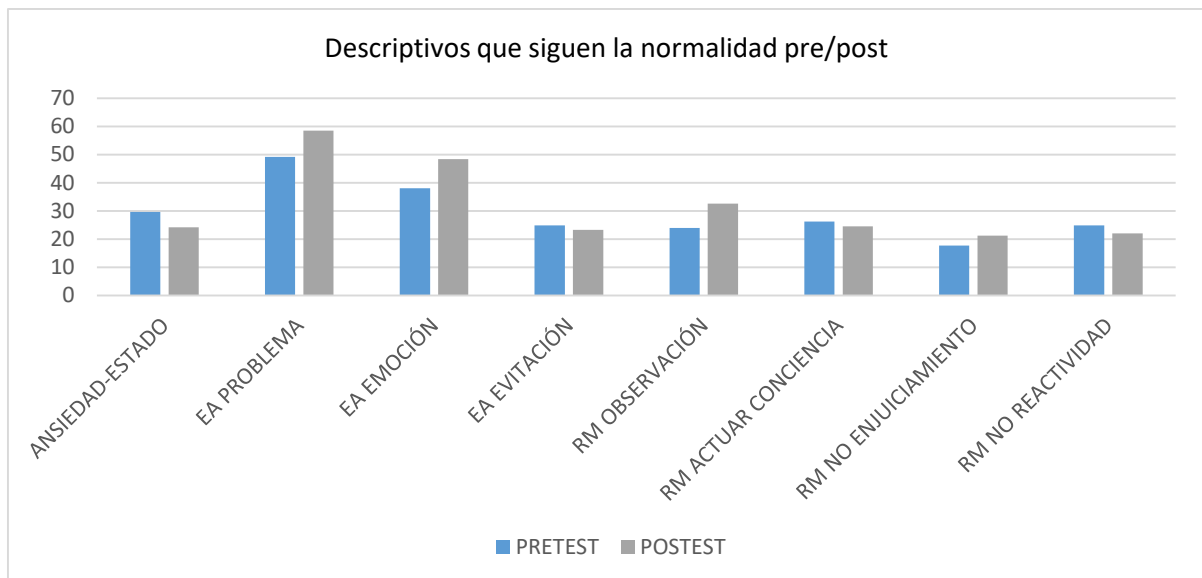


Figura 1. Gráfico de descriptivos variables que siguen la normalidad pre/post.

6.2.2. Análisis de descriptivos de las variables que no siguen la normalidad

En la tabla 7 se pueden ver los resultados obtenidos de las variables que no siguen la normalidad, calidad de vida y RM describir. Se detallan los valores obtenidos de los estadísticos: número de sujetos, mediana, rango intercuartil, valor mínimo y máximo. Se presentan los datos obtenidos en los dos momentos de medición, en primer lugar, se presentan los resultados del análisis pretest y posttest.

Tabla 7. Estadísticos descriptivos pretest y postest de las variables que no siguen la normalidad.

		Pre/Post	Pre/Post	Pre/Post	Pre/Post
	N	Mediana	Rango Inter cuartil	Min	Max
Calidad de vida	24	3,00 / 4,00	0 / 1	2 / 3	4 / 4
RM describir	24	24,00 / 26,00	4 / 4	18 / 23	32 / 30

RM: Rasgo mindfulness.

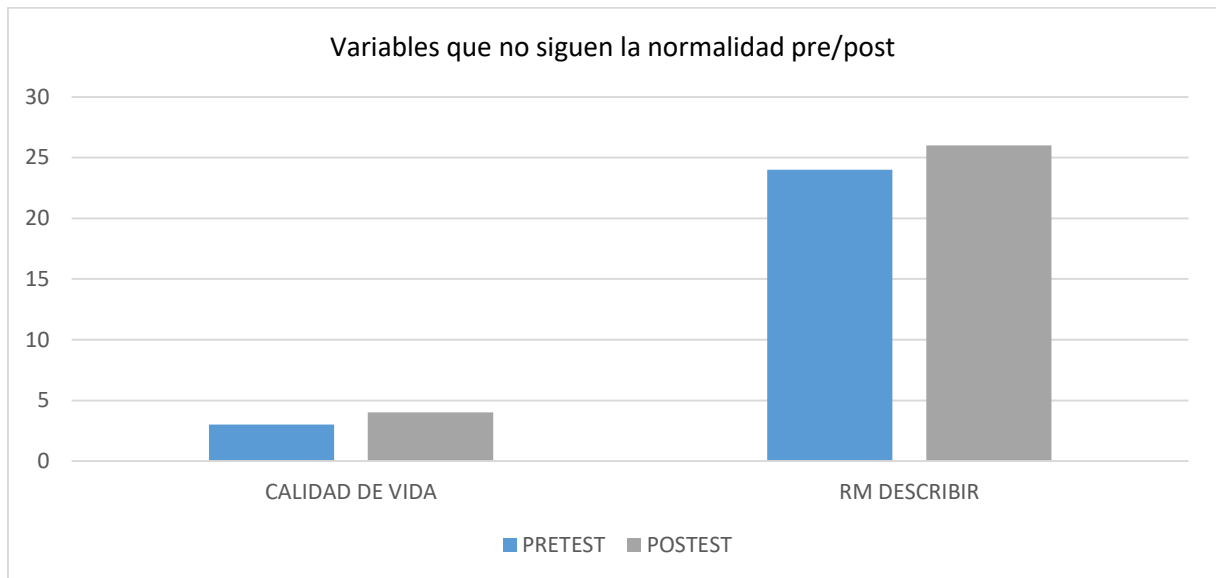


Figura 2. Gráfico de descriptivos variables que no siguen la normalidad pre/post.

6.3. Resultados del contraste de las medidas pretest y postest

6.3.1. Contrastes de las medidas pretest y postest.

A continuación se detallan los datos obtenidos en el análisis de la comparación de las diferencias de las medidas pretest-postest. Se presentan los contrastes paramétricos y no paramétricos según el caso por la prueba de normalidad. En la tabla 8, se muestran los datos obtenidos, mostrando las diferencias entre los valores pretest y postest y los estadísticos “t” y “p”, en el contraste paramétrico con la “Prueba T” para grupos relacionado, valor de $p < 0,05$ indica que podemos rechazar la Hipótesis de igualdad de medias y por tanto podemos concluir que hay diferencias significativas entre ambos grupos. En la tabla 9, se detallan los contrastes

no paramétricos, realizados con la prueba de “W de Wilcoxon” para grupos relacionados, mostrando las diferencias encontradas y los valores de “z” y “p”, el valor de $p < 0,05$ indica que podemos rechazar la Hipótesis de igualdad de las medianas y por tanto podemos concluir que hay diferencias significativas entre ambos grupos pretest y postest.

Tabla 8. *Contraste paramétrico con “Prueba T” para las variables que siguen la normalidad.*

	Diferencias	t	p
Ansiedad-estado Pre-Post	-5,46	-6,42	,00
EA problema Pre-Post	9,33	6,88	,00
EA emoción Pre-Post	10,25	13,05	,00
EA evitación Pre-Post	1,42	2,21	,03
RM observar Pre-Post	8,58	15,03	,00
RM actuar conciencia Pre-Post	-1,67	-1,51	,14
RM no enjuiciamiento Pre-Post	3,46	7,35	,00
RM no rectividad Pre-Post	-2,88	-3,26	,00

EA problema: Estrategias de afrontamiento centradas en el problema; EA emoción: Estrategias de afrontamiento centradas en la emoción; EA evitación: Estrategias de afrontamiento centradas en la evitación; RM: Rasgo mindfulness.

Tabla 9. *Contraste no paramétrico con “W de Wilcoxon” para las variables que no siguen la normalidad.*

	Diferencias	z	p
Calidad de vida Pre-Post	,46	-3,31	,00
RM describir Pre-Post	1,17	-1,57	,11

RM: Rasgo mindfulness.

Los resultados muestran que se han encontrado diferencias en la comparación de las medidas pretest-postest en todas las variables, aunque no se observaron diferencias estadísticamente significativas en los factores RM describir y RM actuar con conciencia.

7. Discusión

El objetivo general de este estudio ha sido estudiar la eficacia de un programa basado en *mindfulness* (MBSR), sobre la ansiedad, las estrategias de afrontamiento del estrés y la calidad de vida, valorando el rasgo *mindfulness*, en un grupo de mujeres adultas de edad comprendida entre 50 y 65 años, que se encuentran en la etapa del climaterio y/o menopausia. Los resultados de la investigación han mostrado que existen diferencias estadísticamente significativas en todas las variables, excepto en el rasgo *mindfulness* describir y actuar con conciencia.

El primer objetivo específico fue implementar un programa basado en *mindfulness* (MBSR), con una duración de 8 semanas, en un grupo de mujeres de edad comprendida entre 50 y 65 años, que se encuentran en la etapa del climaterio y/o menopausia y fue llevado a cabo siguiendo el proyecto planificado. En estudios como el de Greeson (2009) y Praissman (2008) se validó empíricamente el beneficio que aporta para conseguir la autoregulación de la atención plena, como propuso Kabat-Zinn (2003). Este programa que se ha aplicado también ha demostrado su beneficio en la reducción de los niveles de ansiedad y estrés (Barajas, 2014; Delgado-Pastor y Karega, 2011; Stalhl y Goldstein, 2011). Del mismo modo, la aplicación del programa ha manifestado que es efectivo para favorecer el estado de relajación, favoreciendo el afrontamiento de las dificultades cotidianas y la realización de las actividades diarias, gestionando mejor las emociones (López et al., 2015; Moscoso, 2010). El programa aplicado ha resultado efectivo promoviendo beneficios para reducir sintomatología psicológica relacionada con las mujeres (Calero, 2020; Espejo y Conde, 2018; Miño, 2019; Monterrosa, Salguero y Mo, 2016), así como una serie de ventajas beneficiosas en la población femenina en el ámbito de la salud psicológica y social en general, aliviando los síntomas de la menopausia relacionados con el estrés y la ansiedad (Thomas, Kamath y Kumar, 2020).

El segundo objetivo fue analizar las variables de ansiedad estado y la calidad de vida global, en la muestra de estudio antes y después de realizar el programa basado en *Mindfulness* (MBSR). Los datos obtenidos muestran que el nivel de ansiedad de las mujeres antes de la aplicación del programa se encontraba en por encima de la media para el valor clínico de esta población. Después de la intervención, las mujeres habían reducido su nivel de ansiedad, aunque los valores obtenidos se han seguido manteniendo por encima de la media

relacionada con el valor equivalente a la población de mujeres, correspondiente al instrumento STAI. Estos datos concuerdan con diversos estudios concluyentes que afirman los beneficios de las técnicas de meditación en la reducción de los niveles de estrés y ansiedad (Barajas, 2014; Delgado-Pastor y Kareaga, 2011; Lee et al., 2006; Stahl y Goldstein, 2011).

Los datos muestran que la calidad de vida de las mujeres ha aumentado. Antes de la intervención mostraban un nivel medio y después de la aplicación del programa han mostrado un incremento, situándose en un valor de calidad de vida por encima de la media. Estos datos se obtuvieron a través del instrumento WHOQOL-BREF, que hace un cálculo de la calidad de vida entre un intervalo de 1 a 5, y se puede interpretar a mayor puntuación, mayor calidad de vida, no existiendo puntos de corte para su interpretación, con lo cual los datos obtenidos muestran que antes de la aplicación del programa la puntuación estaba en la media y después de la intervención la puntuación es media-alta.

El tercer objetivo fue analizar las variables de estrategias de afrontamiento del estrés focalizadas en el problema, estrategias de afrontamiento del estrés focalizadas en la emoción y estrategias de afrontamiento del estrés focalizadas en la evitación, en la muestra de estudio antes y después de aplicar el programa basado en *mindfulness* (MBSR). La variable estrategias de afrontamiento centradas en el problema ha aumentado su puntuación en los resultados obtenidos, después de haber aplicado el programa de *mindfulness*. Estos valores ponen de manifiesto la concordancia con estudios que afirman su incremento, después de la intervención de programas de *mindfulness* (Sesker et al., 2016). Respecto a la variable estrategias de afrontamiento centradas en la emoción, también se encontró un valor superior después de la intervención, así como se muestra en estudios que afirman que las personas que practican la atención plena tienden a poner en práctica estas estrategias para afrontar el estrés (Arch y Craske, 2006; Weinstein, Brown y Ryan, 2009). De este modo, se muestra como las mujeres han utilizado más estos dos tipos de afrontamiento frente al estrés centrados en las emociones y los problemas. El valor que muestra la media de la variable estrategia de afrontamiento centrada en la evitación, ha sido mayor antes de la aplicación del programa que los resultados encontrados después de la intervención, por lo que ha disminuido esta estrategia de afrontamiento del estrés. En este caso, los datos cuadran con los estudios relacionados mencionados con anterioridad, donde se expone que al aumentar las estrategias

centradas en las emociones, hacen que disminuyan las que están centradas en la evitación (Finkelstein-Fox, Park y Riley, 2019; Sesker et al., 2016; Weinstein, Brown y Ryan, 2009).

El cuarto objetivo fue analizar el rasgo *mindfulness*, con las variables: observar, describir, actuar con conciencia, no enjuiciamiento y no reactividad, en la muestra de estudio antes y después de aplicar el programa basado en *Mindfulness* (MBSR). Los datos encontrados en la media en relación con la variable observar antes de la aplicación del programa han mostrado que ha aumentado este rasgo en la mujeres después de la intervención. Este incremento de los valores, parecen estar de acuerdo con la asociación a una mejoría en la salud psicológica, así como el hecho de ser un factor protector frente a la sintomatología psicológica (Simón, 2007; Tomlinson et al., 2018). En relación con el valor de la variable describir y actuar con conciencia, se encontraron resultados cuya diferencia no muestra cambios significativos estadísticamente después de la aplicación del programa. El valor de este resultado no sería aplicable, ni coincide con estudios que avalan que el aumento de la práctica y el estado *mindfulness*, produce un incremento del rasgo *mindfulness* (García y Demarzo, 2018). En el valor del rasgo no reactividad se ha encontrado una disminución después de la intervención, lo que muestra un resultado no esperado en las hipótesis del estudio y el rasgo no enjuiciamiento aumentó después de la aplicación del programa. Estos datos muestran cierta controversia en relación con estudios como el de Chambers, Gullone y Allen (2009), que indican que la práctica de la atención plena, fomenta el rasgo no juzgar y no reaccionar sobre la experiencia interna, por consiguiente, conlleva a un aumento de un compromiso saludable con las emociones y una mejor utilización de estrategias de regulación emocional, con lo cual en este estudio, solo se cumple con el rasgo no enjuiciamiento. El valor del factor no enjuiciamiento coincide con otros estudios que afirman que su incremento está relacionado con una disminución de los síntomas de ansiedad y otra sintomatología ansiosa, después de ejercitar prácticas de *mindfulness* (Cash y Whittingham, 2010; Cruz y Paramio, 2018; Linares et al., 2016; Ostafin, Brooks y Laitem, 2013).

Después de analizar los resultados obtenidos a través del análisis de datos, se ha concluido que existen cambios y diferencias significativas en las variables ansiedad estado, estrategias de afrontamiento centradas en el problema, en la emoción y en la evitación, en la calidad de vida, así como en el rasgo *mindfulness* observar, no enjuiciamiento y no reactividad. No obstante, no se observaron diferencias estadísticamente significativas en el rasgo *mindfulness*

describir y actuar con conciencia, por lo tanto se indica que podemos rechazar la Hipótesis de igualdad de medias y por tanto podemos concluir que hay diferencias significativas entre ambos grupos. Estos resultados confirman la Hipótesis 1 sobre el programa basado en *mindfulness* (MBSR), generando cambios significativos sobre el estado de ansiedad que sufrían las mujeres, después de la aplicación del programa, mostrando que ha habido una reducción de la ansiedad en la muestra. Dichos datos coinciden con algunos estudios en los que se confirma esta tendencia como el de Meiklejohn (2012), Lavilla, Molina y López (2008), Van Dijk et al., (2017), Davis y Hayes (2012) y Luján y Martín (2021), donde uno de los factores estudiados es la ansiedad y se observa que existe una reducción después de la aplicación de un programa de *mindfulness*.

La variable calidad de vida ha tenido un aumento significativo después de la intervención del programa de *mindfulness*. La práctica continuada y la realización de un programa de *mindfulness*, reporta beneficios a la vida cotidiana (Kabat-Zinn, 1990 y 2005; Lavilla, Molina y López, 2008; Simón, 2007; Stanton et al., 2000), mejorando el bienestar (Meiklejohn, 2012), aumentando de esta forma la calidad de vida (Davis y Hayes, 2012; Espejo y Conde, 2018; Lujan y Martín, 2021; Schutte y Malouff, 2011). Estos datos confirman la Hipótesis 3, afirmando que la muestra de estudio presentaría un nivel superior de calidad de vida, después de haberse aplicado el programa.

Respecto a las variables de las estrategias de afrontamiento utilizadas, se han encontrado resultados que muestran que la variable estrategias centradas en la emoción ha aumentado, lo que significa que las mujeres han utilizado más este recurso después de las prácticas de *mindfulness* llevadas a su vida diaria, concordando este dato con investigaciones que muestran un aumento de esta estrategia después de la aplicación de este programa (Arch y Craske, 2006; Weinstein, Brown y Ryan, 2009). Se muestra que la práctica en atención plena, resulta eficaz para gestionar las emociones, mejorando y aumentando las conductas que se emiten, como una estrategia, para hacer frente a las situaciones estresantes (Morian y Herruzo, 2004). La variable estrategia de afrontamiento centrada en el problema ha mostrado unos resultados que muestran que ha habido un aumento de esta estrategia, después de la aplicación del programa. Estos datos coinciden con algunos estudios, como el Sesker et al., (2016), en el que se muestra como se produce una mayor resolución planificada de problemas para hacer frente a situaciones estresantes después de practicar *mindfulness*, así como se

asocia a un mayor “ajuste” de la atención centrada en los problemas (Finkelstein-Fox, Park y Riley, 2009). En referencia a la variable estrategias de evitación, los resultados muestran que ha habido una reducción del uso de esta estrategia, utilizando más la estrategia de afrontamiento centrada en las emociones (Finkelstein-Fox, Park y Riley, 2019; Sesker et al., 2016; Weinstein, Brown y Ryan, 2009). No obstante, estos datos declaran que no se cumple la Hipótesis 2 en su totalidad, donde la muestra de estudio aumentaría el uso de las estrategias de afrontamiento centradas en la emoción y disminuirá el uso de las estrategias de afrontamiento centradas en el problema y en la evitación después de la aplicación del programa basado en *mindfulness*, ya que no ha habido una disminución de las estrategias centradas en el problema.

Los datos encontrados en cada una de las variables de rasgo *mindfulness* sugieren unos resultados controvertidos. Las variables rasgo *mindfulness* observar, no enjuiciamiento y no reactividad han presentado resultados que confieren cambios significativos. Ahora bien, se muestra que se ha incrementado el valor de rasgo no enjuiciamiento, aunque ha disminuido no reactividad, mostrando cambios significativos de disminución de este rasgo después de la aplicación del programa. En relación con las variables actuar con conciencia y describir, no han mostrado cambios significativos después de la intervención. Se muestra a través de diversos estudios, la relación entre las facetas de atención plena, rasgo *mindfulness* y la sintomatología psicológica (Calvete, Orue y Sampedro, 2017; Oñate y Calvete, 2018; Oñate y Calvete, 2019). Estos factores que forman parte del rasgo de atención plena, se asocian a una mejoría en la salud psicológica y es un factor protector frente a la sintomatología psicológica (Simón, 2007; Tomlinson et al., 2018), con lo cual se avala que al aumentar los valores de los rasgos observar y no enjuiciamiento, se incrementa la salud psicológica. Atendiendo al resultado del rasgo *mindfulness* no enjuiciamiento, coincide con investigaciones que demuestran que su aumento fomenta la regulación emocional, no obstante no cuadra con los resultados de este estudio, ya que la variable no reactividad ha mostrado una disminución, no coincidiendo con este estudio de Chambers, Gullone y Alle (2009). Del mismo modo, el aumento del rasgo no enjuiciamiento, está relacionado con una disminución de la sintomatología ansiosa, así como otros síntomas psicológicos (Cash y Whittingham, 2010; Cruz y Paramio, 2018; Linares et al., 2016; Ostafin, Brooks y Laitem, 2013). Las variables actuar con conciencia y describir no mostraron resultados significativos en las mujeres después de la intervención, de este modo,

los datos encontrados no se encuentran acordes al estudio de García y Demarzo (2018), que afirma que el incremento de la práctica y el estado *mindfulness*, hace que se aumente el rasgo *mindfulness*. Estos datos, muestran cierta controversia en el cumplimiento de la Hipótesis 4, donde se preveía que la muestra de estudio presentaría una puntuación más alta en todas variables rasgo *mindfulness*: observar, describir, actuar con conciencia, no enjuiciamiento y no reactividad, después de haberse aplicado el programa, ya que solo se ha cumplido en las variables observar y no enjuiciamiento.

8. Limitaciones y futuras líneas de investigación

Los resultados de esta investigación hay que observarlos con discreción, ya que el estudio está sujeto a diversas limitaciones que se detallan a continuación. La elección de la muestra ha sido un factor que ha influido como limitación en la investigación, ya que la muestra no se ha seleccionado de forma aleatoria, sino que se ha seleccionado previamente. Se ha utilizado la aplicación de procedimientos propios, sin tener el control de variables y sin asignación al azar de los participantes y, del mismo modo, no ha existido un control total de todas las variables ni se han tenido en cuenta las variables extrañas. De igual forma, otra limitación ha sido el tamaño de la muestra, ha sido una muestra pequeña, por lo que se recomienda para futuros estudios, que se ampliara para tener más datos y que los resultados fueran más fiables relacionados con la amplitud de la muestra, incluyendo los criterios de inclusión y exclusión.

Este ha sido un estudio realizado sin tener una comparación con un grupo control y, aunque este no es un motivo para que no sea válido, si han existido factores externos que han podido influir en los resultados obtenidos y no se han tenido en cuenta. La investigadora no ha podido tener más datos para hacer una comparación con esta muestra del grupo control, ya que el estudio solamente contaba con el grupo de mujeres que participaban en el programa de *mindfulness*.

Una limitación más del estudio ha sido no haber tenido más datos y un mayor control de forma más exhaustiva, de las prácticas que las participantes han llevado a cabo fuera de las sesiones del programa, ya que por cuestiones de horarios y de tiempo de las integrantes del grupo, no se ha podido hacer un seguimiento más completo de las prácticas tanto formales como no formales, correspondientes a la programación y al contenido del programa. Solo se ha tenido

en cuenta la valoración y la exposición que han realizado las mujeres dentro de cada sesión, aunque para futuras investigaciones, se podría proponer un tiempo extraordinario sumado a cada sesión para indagar más profundamente en la realización de estas prácticas y en la resolución de las dudas planteadas, para su realización en las tareas programadas para casa. Esta mejor ejecución del programa, podría llevar a mejorar los resultados de la investigación en líneas generales.

Otra limitación ha sido la realización del cuestionario FFMQ. La mayoría de las participantes han tenido problemas a la hora de cumplimentar este inventario, ya que mostraron dificultades en la comprensión de los ítems. Las frases resultaron poco comprensibles y la investigadora que aplicó dichos cuestionarios, tuvo que explicar los ítems, sin que las mujeres llegaran a tener una comprensión total de los mismos. Esto podría ser debido a las características de la muestra y su necesidad de una capacidad de metacognición más elevada, que dio lugar a un bajo entendimiento del cuestionario en general. Esta cuestión podría haber provocado una alteración en los resultados de los datos encontrados en los resultados de dicho instrumento. En futuras líneas de trabajo sería conveniente que se recogieran los datos del nivel académico, así como datos socioeconómicos y personales, para aplicar un cuestionario más adecuado al nivel de comprensión de la muestra, complementando así la investigación, añadiendo valor y fiabilidad al estudio. También se puede encontrar otra limitación similar en el caso de cuestionario COPE, ya que para su correcta cumplimentación se encontraron dificultades de comprensión en muchos de los ítems y se tuvieron que explicar muchos de ellos a la mayoría de las mujeres.

En una futura línea de investigación sería recomendable reproducir este estudio, a través de un diseño longitudinal que se realizara en el intervalo de un año, para hacer un seguimiento y comprobar si el efecto y los cambios que se han producido en las mujeres de la muestra se mantienen o, lo que sería mejor, que hayan aumentado los beneficios de la aplicación del programa.

Sería interesante para futuras investigaciones, que se continuara profundizando sobre los beneficios de las prácticas de atención plena a través de programas basados en *mindfulness* (MBSR), indagando en los tratamientos de la reducción de la ansiedad y las estrategias de afrontamiento del estrés para mejorar la calidad de vida en mujeres.

Referencias bibliográficas

- Adam, F. (1970). *Concepto de Adulthood. Andragogía. Ciencia de la Educación de Adultos*. Capítulo 2. Universidad Nacional Experimental Simón Rodríguez. Caracas, Venezuela. Publicaciones de la Presidencia.
- Arch, J. y Craske, M. G. (2006). Mechanisms of mindfulness: Emotion regulation following a focused breathing induction. *Behaviour research and therapy*, 44(12), 1849-1858.
- Ardila, R. (2003). Calidad de vida: una definición integradora. *Revista Latinoamericana de psicología*, 35(2), 161-164.
- Arias, L., Montero, J. y Castellano, J. (1995). *Medicina Familiar*. Enfoque Integral del adulto joven y del adulto maduro. Ministerio de la Salud. Colombia: Editorial Maldonado.
- Baer, R. A. (2003). Mindfulness training as a clinical intervention: a conceptual and empirical review. *Clinical Psychology Science and Practice*, 10, 125-143.
- Baer, R. A., Smith, G. T. y Allen, K. B. (2004). Assessment of mindfulness by self-report. The Kentucky inventory of mindfulness skills. *Assessment*, 11, 191-206
- Baer, R. A., Smith, G.T., Hopkins, J., Krietemeyer, J. y Toney, L. (2006). Uso de métodos de evaluación de autoinforme para explorar facetas de la atención plena. *Evaluación*, 13(1), 27-45. doi:10.1177/1073191105283504
- Barajas, S. (2014). *Evitación cognitivo-conductual, aceptación psicológica y mindfulness en la psicopatología de la ansiedad y la depresión* (Doctoral dissertation, Universidad de castilla-la Mancha).
- Bee, H. y Mitchell, S. (1980). *The developing person: A life-span approach*. HarperCollins Publishers.
- Bértola, D. (2010). Hans Selye y sus ratas estresadas. *Medicina universitaria*, 12(47), 142-143.
- Bishop, S. R. (2002). What do we really know about Mindfulness-Based Stress Reduction? *Psychosomatic Medicine*, 64, 71-83.
- Borquez, N., Piovano, N., Cejudo, C. y Losada, A. V. (2022) Ansiedad y menopausia. Estudio cualitativo en muestra de mujeres de San Miguel, provincia de Buenos Aires. *Revista Digital*, 6 (1) ISSN N° 2469-0066, 4.

- Bresó, E., Rubio, M. y Andriani, J. (2013). La inteligencia emocional y la atención plena (mindfulness) como estrategia para la gestión de emociones negativas. *Psicogente*, 16(30), 439-450. <http://www.espaciotv.es:2048/referer/secretcode/scholarly-journals/la-inteligencia-emocional-y-atención-plena/docview/1815497571/se-2>
- Butler, G. (1993). Definitions of stress. *Occasional paper (Royal College of General Practitioners)*, (61), 1–5.
- Calero, R. (2020). Valoración de un programa de intervención psicológica (mindfulness) y actividad física acuática (deep water running) en mujeres con cáncer de mama en fase de supervivencia. *Ene*, 9, 34.
- Calvete, E., Orue, I. y Sampedro, A. (2017). Does the acting with awareness trait of mindfulness buffer the predictive association between stressors and psychological symptoms in adolescents? *Personality and Individual Differences*, 105, 158–163. <http://dx.doi.org/10.1016/j.paid.2016.09.055>.
- Campos, D., Cebolla, A. y Mira, A. (2015). Mindfulness como estrategia de regulación emocional: Un estudio de laboratorio. *Agora Salut*, 127-138. <http://dx.doi.org/10.6035/AgoraSalut.2015.1.9>
- Carlson, L.E., Speca, M., Patel, K.D., y Goodey, E. (2003). Mindfulness-based stress reduction in relation to quality of life, mood, symptoms of stress, and immune parameters in breast and prostate cancer outpatients. *Psychosomatic Medicine*, 65(4), 571-581.
- Carver, C. S., Scheier, M. F. y Weintraub, J. K. (1989). Assessing coping strategies: a theoretically based approach. *Journal of personality and social psychology*, 56(2), 267.
- Cash, M. y Whittingham, K. (2010). What Facets of Mindfulness Contribute to Psychological Wellbeing and Depressive, Anxious, and Stress-related Symptomatology? *Mindfulness*, 1(3), 177–182.
- Cattell, R. B. (1966). The scree test for the number of factors. *Multivariate Behavioral Research*, 3, 245-276.
- Cayoun, B., Elphinstone, B., Kasselis, N., Bilsborrow, G. y Skilbeck, C. (2022). Validation and Factor Structure of the Mindfulness-Based Self Efficacy Scale-Revised. *Mindfulness*, 13(3), 751-765.

- Cebolla, A., Garcia-Palacios, A., Soler, J., Guillén, V., Baños, R., & Botella, C. (2012). Psychometric properties of the Spanish validation of the Five Facets of Mindfulness Questionnaire (FFMQ). *The European Journal of Psychiatry*, 26(2), 118-126.
- Chambers, R., Gullone, E. y Allen, N. B. (2009). Mindful emotion regulation: An integrative review. *Clinical psychology review*, 29(6), 560-572.
- Chico, E. (2002). Optimismo disposicional como predictor de estrategias de afrontamiento. *Psicothema*, 14(3), 544-550.
- Cockerham, W. C. (2001). *Handbook of medical sociology*. Nueva York: Prentice Hall.
- Couto Núñez, D. y Nápoles Méndez, D. (2014). Aspectos sociopsicológicos del climaterio y la menopausia. *Medisan*, 18(10), 1409-1418.
- Craig, G. (1994). *Desarrollo Psicológico*. México: Prentice Hall. Hispano Americana.
- Crespo, M. y Cruzado, J. A. (1997). La evaluación del afrontamiento: adaptación española del cuestionario COPE con una muestra de estudiantes universitarios. *Análisis y Modificación de conducta*, 23(92), 797-830.
- Cruz, D. y Paramio, A. (2018). La atención plena en el malestar psicológico: relación entre la aceptación de la experiencia interna y la ansiedad en estudiantes pregraduados. *Revista INFAD de Psicología. International Journal of Developmental and Educational Psychology.*, 1(1), 173-182.
- Darehzereshki, S., Dehghani, F. y Enjzab, B. (2022). Mindfulness-based stress reduction group training improves of sleep quality in postmenopausal women. *BMC Psychiatry*, 22, 1-10. doi:<https://bv.unir.net:2133/10.1186/s12888-022-03869-4>
- Davis, D. M., y Hayes, J. A. (2012). What are the benefits of mindfulness? A practice review of psychotherapy-related research. *Psychotherapy*, 48(2), 198.
- De Luca, P. A., Sánchez, M. E., Pérez-Olan, G. y Leija-Salas. L. (2004). Medición integral del estrés crónico. *Mexican Journal of Biomedical Engineering*, 25(1), 60-66.
- Del Barrio, M. V. (1997). *Depresión infantil: Concepto, evaluación y tratamiento*. Ariel.

- Delgado-Pastor, L. C., & Kareaga, A. A. (2011). La ansiedad generalizada y su tratamiento basado en *mindfulness*. *Cuadernos de medicina psicosomática y psiquiatría de enlace*, 99(5), 50-65.
- Desrosiers, A., Vine, V., Klemanski, D.H., y Nolen-Hoeksema, S. (2013). Mindfulness and emotion regulation in depression and anxiety: Common and distinct mechanisms of action. *Depression and Anxiety*, 30(7), 654-661.
- Duque, H. (2007). *Los ciclos vitales del ser humano*. Bogotá. Colombia: Editorial San Pablo.
- Erikson E. (1982). *El ciclo vital completado*. México. D.F: Paidós.
- Espejo, J. F. y Conde, M. (2018). Mejora de la calidad de vida en la perimenopausia mediante un programa basado en *mindfulness*. *Revista de psicoterapia*, 29(111), 131-143.
- Farb, N.A., Anderson, A.K., y Segal, Z.V. (2012). The mindful brain and emotion regulation in mood disorders. *Canadian Journal of Psychiatry: Revue Canadienne de Psychiatrie*, 57(2), 70-77.
- Finkelstein-Fox, L., Park, C. L. y Riley, K. E. (2019). Mindfulness' effects on stress, coping, and mood: A daily diary goodness-of-fit study. *Emotion*, 19(6), 1002.
- Folkman, S., y Moskowitz, J.T. (2004). Coping: Pitfalls and promise. *Annual Review Psychology*, 55, 745- 774.
- García, J. y Demarzo, M. (2018). *¿Qué sabemos del Mindfulness?* Barcelona: Editorial Kairós.
- Germer, C. (2011). *El poder del mindfulness*. Barcelona: Paidós.
- González, M. T. y Landero, R. (2008). Confirmación de un modelo explicativo del estrés y de los síntomas psicosomáticos mediante ecuaciones estructurales. *Revista Panamericana de Salud Pública*, 23, 7-18.
- Greene, J. (2003). Has psychosocial research on the menopause any clinical relevance?. *Climacteric*, 6(1), 23-30.
- Greeson, J. M. (2009). *Mindfulness Research Update: 2008. Complementary Health Practice Review*, 14, 10-18. doi/pdf/10.1177/1533210108329862
- Guillén-Riquelme, A. y Buela-Casal, G. (2001). Actualización psicométrica y funcionamiento diferencial de los ítems en el State Trait Anxiety Inventory. *Psicothema*, 23, 510-515.

- Hadash, Y., Plonsker, R., Vago, D. R. y Bernstein, A. (2016). Experiential Self-Referential and Selfless Processing in Mindfulness and Mental Health: Conceptual Model and Implicit Measurement Methodology. *Psychological Assessment.*, 28, 856–869. <http://dx.doi.org/10.1037/pas0000300>
- Hans Selye (1936). Tensión sin angustia. Madrid. España (1975). Editorial: Guadarrama
- Hansen, B. (2003). *Desarrollo en la edad adulta*. México D.F: El manual moderno.
- Havighurst, R. (1953). *Human development and education*. New York. Longmans, Green.
- Hervás, G., Cebolla, A. y Soler, J. (2016). Intervenciones psicológicas basadas en *mindfulness* y sus beneficios: estado actual de la cuestión. *Clínica y Salud*, 27(3), 115-124. <https://soi.org/10.1016/j-clysa.2016.09.002>
- Hodann-Caudevilla, R. M. y Serrano-Pintado, I. (2016). *Revisión sistemática de la eficacia de los tratamientos basados en mindfulness para los trastornos de ansiedad*. *Ansiedad y Estrés*, 22(1), 39–45. doi:10.1016/j.anyes.2016.04.001
- Hodes, G. E. y Epperson, C. N. (2019). Sex differences in vulnerability and resilience to stress across the life span. *Biological Psychiatry*, 86(6), 421-432. doi: 10.1016/j.biopsych.2019.04.028
- Hoffman, L., Paris, S. y Hall, E. (1995). *Psicología del desarrollo hoy*. Madrid: McGraw-Hill Interamericana.
- Ingledeu, D. K., Hardy, L. y Cooper, C. L. (1993). *Coping strategies and health behaviours: Dimensionality and relationships*. Division of Health and Human Performance, University of Wales.
- Ingledeu, D. K., Hardy, L., Cooper, C. L. y Jemal, H. (1996). Health behaviours reported as coping strategies: A factor analytical study. *British Journal of Health Psychology*, 1(3), 263-281. <https://doi.org/10.1111/j.2044-8287.1996.tb00508.x>
- Kabat-Zinn J. (1982). An outpatient program in behavioral medicine for chronic pain patients based on the practice of mindfulness meditation: Theoretical consideration and preliminary results. *General hospital psychiatry*, 4(1), 33-47.
- Kabat-Zinn, J. (1990). *Full catastrophe living: Using the wisdom of your body and mind to face stress, pain and illness*. New York: Dell Publishing.

- Kabat-Zinn, J. (2003). Mindfulness-based interventions in context: Past, present, and future. *Clinical Psychology: Science and Practice*, 10(2), 144-156. doi: dx.doi.org/10.1093/clipsy/bpg016
- Kabat-Zinn, J. (2003). Mindfulness-based stress reduction (MBSR). *Constructivism in the Human Sciences*, 8(2), 73-83. Retrieved from <http://www.espaciotv.es:2048/referer/secretcode/scholarly-journals/mindfulness-based-stress-reduction-mbsr/docview/204582884/se-2>
- Kabat-Zinn, J. (2004). *Vivir con plenitud las crisis*. Barcelona: Kairós S.A.
- Kabat-Zinn, J. (2005). *Coming to our senses, healing ourselves and the world through mindfulness*. New York: Hyperion.
- Latack, J. C. y Havlovic, S. J. (1992). Coping with job stress: A conceptual evaluation framework for coping measures. *Journal of Organizational Behavior*, 13(5), 479–508.
- Lavilla, M., Molina, D. y López, B. (2008). *Mindfulness. O cómo practicar el aquí y el ahora*. Barcelona: Paidós.
- Lazarus, R.S. (1966). *Psychological stress and the coping processes*. Nueva York: McGraw-Hill.
- Lazarus, R. S. (1999). *Stress and emotion: A new synthesis*. New York, NY: Springer.
- Lazarus, R. S y Folkman S. (1984). *Stress appraisal and coping*. Nueva York. Editorial: Springer
- Lazarus, R. S., Kanner, A. D. y Folkman, S. (1980). Emotions: A cognitive–phenomenological analysis. In *Theories of emotion* (pp. 189-217). Academic Press.
- Lee, S. H., Ahn, S. C., Lee, Y. J., Choi, T. K., Yook, K. H. y Suh, S. Y. (2007). Effectiveness of a meditation-based stress management program as an adjunct to pharmacotherapy in patients with anxiety disorder. *Journal of Psychosomatic Research*, 62(2), 189-195. <https://doi.org/10.1016/j.jpsychores.2006.09.009>
- Levinson, D. J. (1986). A conception of adult development. *American psychologist*, 41(1), 3-13.
- Linares, L., Estévez, A., Soler, J. y Cebolla, A. (2016). El papel del mindfulness y el descentramiento en la sintomatología depresiva y ansiosa. *Clínica Y Salud*, 27(1), 51– 56
- Lindberg, D. A. (2005). Integrative review of research related to meditation, spirituality, and the elderly. *Geriatric Nursing*, 26, 372-377.

- López, L., Amutio, A., Oriol, X. y Bisquerra, R. (2015). Hábitos relacionados con la relajación y la atención plena (mindfulness) en estudiantes de secundaria: influencia en el clim. *Journal of Psychodidactics*, 21 (1).
- Lucas-Carrasco, R. (1998). Versión española del WHOQOL. Madrid: Editorial Ergón.
- Lucas-Carrasco, R. (2012). The WHO quality of life (WHOQOL) questionnaire: Spanish development and validation studies. *Quality of Life Research*, 21, 161-165. doi: 10.1007/s11136-011-9926-3
- Luján, I. y Martín, R. D. (2021). Variables socioemocionales y de atención plena en el bienestar subjetivo. <http://dx.doi.org/10.17060/ijodaep.2021.n2.v1.2182>
- Lyubomirsky, S. (2008). *La ciencia de la felicidad: método probado para conseguir bienestar*. Barcelona: Ediciones Urano.
- Meeberg, G. A. (1993). Quality of life: A concept analysis. *Journal of Advanced Nursisng*, 18, 32-38.
- Meiklejohn, J. (2012). Integrating Mindfulness Training into K-12 Education: fostering the Resilience of Teachers and Students. *Mindfulness*, 3 (4), 291-307
- Melgosa, J. (1995). *Nuevo estilo de vida. Sin estrés*. Miami Florida: Publicadora Interamerica, 1995.
- Miño, A. (2019). *Mindfulness aplicado en terapia de pareja en postoperatorio de cáncer ginecológico* (Bachelor's thesis, Quito).
- Montero, I., Aparicio, D., Gómez-Beneyto, M., Moreno-Küstner, B., Reneses, B., Usall, J. y Vázquez-Barquero, J. L. (2004). Género y salud mental en un mundo cambiante. *Gaceta sanitaria*, 18(1), 175-181.
- Monterrosa, A., Salguero, M. y Mo. J. (2016). Correlación entre síntomas menopáusicos y percepción de estrés en mujeres del caribe colombiano. *Medicina*, 38(1), 25-38.
- Moreno, P. (2013). *Aprender de la ansiedad. Sabiduría de las emociones*. (2da. ed.). Bilbao: Editorial Desclée de Brouwer.
- Moriana J. A. y Herruzo J. (2004). Estrés y burnout en profesores. *International Journal of Clinical and Health Psychology*, 4(3), 597-621

- Moscoso, M. S. (2010). El estrés crónico y la terapia cognitiva centrada en mindfulness: Una nueva dimensión en psiconeuroinmunología. *Persona: Revista de la Facultad de Psicología*, (13), 11-29.
- Oñate, L. y Calvete, E. (2018). Adaptation of the Five-Facet Mindfulness Questionnaire-Short Form to Spanish family caregivers of people with intellectual and developmental disabilities. *Annals of Psychology*, 34(2), 305-313.
- Oñate, L. y Calvete, E. (2019). The beneficial role of mindfulness facets in relatives of people with Intellectual and Developmental Disabilities. *Mindfulness*, 10(9), 1883-1892.
- Organización Mundial de la Salud [OMS] (1996). La gente y la salud: ¿Qué calidad de vida? Grupo de la OMS sobre la calidad de vida. *Revista Internacional Desarrollo Sanitario*, 17(4).
- Organización Mundial de la Salud [OMS] (2003). Informe sobre la Salud en el Mundo. Ginebra. http://www.who.int/whr/2003/en/whr03_es.pdf.
- Ostafin, B. D., Brooks, J. J. y Laitem, M. (2013). Affective reactivity mediates an inverse relation between mindfulness and anxiety. *Mindfulness*, 5, 1–9. doi:10.1007/s12671-013-0206-x
- Palacios, S., Ferrer-Barriandos, J., Parrilla, J. J., Castelo-Branco, C., Manubens, M., Alberich, X., Martí, A. y Cervantes Grupo, (2004). Calidad de vida relacionada con la salud en la mujer española durante la perimenopausia y posmenopausia. *Desarrollo y validación de la Escala Cervantes. Medicina Clínica*, 122(6), pp. 205–211. doi: 10.1016/S0025-7753(04)74198-6
- Perez-Lopez F. (2003). *Climaterio y envejecimiento. Medicina basada en la evidencia*. España. Editorial: SIESGE.
- Pérez. M. y Botella. L. (2006). Conciencia plena (mindfulness) y psicoterapia: Concepto, evaluación y aplicaciones clínicas. *Revista de Psicoterapia*. 17 (66-67), 77-120.
- Praissman, S. (2008). Mindfulness-based stress reduction: a literature review and clinician's guide. *Journal of the American Academy of Nurse Practitioners*, 20, 212-216. doi/abs/10.1111/j.1745-7599.2008.00306.x

- Rodríguez, J. R. (2018). *Mindfulness. Cuadernillo de Introducción al Mindfulness*. doi:10.13140/RG.2.2.24206.82246
- Rosselló, J., Zayas, G., y Lora, V. (2016). Impacto de un adiestramiento en meditación en consciencia plena (mindfulness) en medidas de ansiedad, depresión, ira y estrés y consciencia plena: Un estudio piloto. *Revista Puertorriqueña de Psicología*, 27(1), 62-7
- Sánchez, M. P., Aparicio, M. E. y Dresch, V. (2006). Ansiedad, autoestima y satisfacción autopercebida como predictores de la salud: diferencias entre hombres y mujeres. *Psicothema*, 18(3), 584-590.
- Sandín, B. (2003). El estrés: un análisis basado en el papel de los factores sociales. *International Journal of Clinical and Health Psychology* 3(1), 141-157.
- Schutte, N. S., y Malouff, J. M. (2011). Emotional intelligence mediates the relationship between mindfulness and subjective well-being. *Personality and Individual Differences*, 50(7), 1116–1119. <https://doi.org/10.1016/j.paid.2011.01.037>
- Segal, Z., Williams, J. M. y Teasdale. J. (2002). *Mindfulness-based cognitive therapy for depression: A new approach to preventing relapse*. Nueva York: Guilford.
- Segura, R. M. (2015). El efecto de los estresores estresantes en las mujeres. *Revista Alternativas en Psicología*.
- Selye, H. (1980). Stress and holistic medicine. *Family and Community Health*, 3(2), 85-88.
- Selye, H. (1936). A syndrome produced by diverse nocuous agents. *Nature*, 138(3479), 32-32.
- Sesker, A. A., Súilleabháin, P. Ó., Howard, S. y Hughes, B. M. (2016). Conscientiousness and mindfulness in midlife coping: An assessment based on MIDUS II. *Personality and mental health*, 10(1), 29-42. <https://doi.org/10.1002/pmh.1323>
- Shapiro, S., Schwartz, G. y Santene, C. (2002). Meditation and positive psychology. *Handbook of positive psychology*, 632 – 645.
- Siegel, D. J. (2010). *Cerebro y Mindfulness*. Barcelona: Paidós.
- Simón, V. (2007). *La compasión: el corazón del mindfulness*. Barcelona: Editorial Sello.
- Simón, V. (2007). Mindfulness y neurobiología. *Revista de psicoterapia*, 66(67), 5-30.

- Sood, R., Kuhle, C. L., Kapoor, E., Thielen, J. M., Frohmader, K. S., Mara, K. C. y Faubion, S. S. (2019). Association of mindfulness and stress with menopausal symptoms in midlife women. *Climacteric*, 22(4), 377-382.
- Spielberger, C. D., Gorsuch, R. L. y Lushene, R. E. (1982). Manual STAI, Cuestionario de Ansiedad Estado Rasgo. Madrid: TEA Ediciones.
- Stahl, B. y Goldstein, E. (2011). *Mindfulness para reducir el estrés: una guía práctica*. Editorial Kairós.
- Stanton, A., Denof-Burg, S., Cameron, C., Bishop, M. y Collins, C. (2000). Emotionally expressive copings predictors psychological and psysical adjustment to breast cancer. *Journal Consulting of Clinical Psychology*, 68(5), 875-882
- Tang, S. y Graham, B. M. (2020). The Role of Hormonal and Reproductive Status in the Treatment of Anxiety Disorders in Women. In Y.-K., Kim, (Eds.). *Anxiety Disorders*, (pp. 523-541). Springer Singapore.
- Taylor, J.A. (1953). A personality scale of manifest anxiety. *Journal of Abnormal and Social Psychology*, 48, 285-290.
- Thomas, T., Kamath, N. y Kumar, A. (2020). Mindfulness and Menopause-A Review. *Journal of Clinical & Diagnostic Research*, 14(7).
- Tomlinson, ER, Yousaf, O., Vitterso(, AD y Jones, L. (2018). Mindfulness disposicional y salud psicológica: una revisión sistemática. (1), 23-43. <https://doi.org/10.1007/s12671-0170762-6>
- Torres, A. P. y Torres, J. M. (2018). Climaterio y menopausia. *Revista de la Facultad de Medicina (México)*, 61(2), 51-58.
- Trousselard, M., Steiler, D., Claverie, D., y Canini, F. (2012). Relationship between mindfulness and psychological adjustment in soldiers according to their confrontation with repeated deployments and stressors. *Psychology*, 3(01), 100.
- Urdaneta. J., Cepeda. M., Guerra. M., Baabel. N. y Contreras. A. (2010). Calidad de vida en mujeres menopáusicas con y sin terapia de reemplazo hormonal. *Rev Chil Obstet Ginecol* 75, 17-34.

- Van Dijk, I., Lucassen, P., Akkermans, R. P., Van Engelen, B., Van Weel, C. y Speckens, A. (2017). Effects of Mindfulness-Based Stress Reduction on the Mental Health of Clinical Clerkship Students: A Cluster-Randomized Controlled Trial. *Academic medicine: journal of the Association of American Medical Colleges*, 92(7), 1012– 1021. <https://doi.org/10.1097/ACM.0000000000001546>
- Vásquez-Dextre, E.R. (2016). Mindfulness: Conceptos generales, psicoterapia y aplicaciones clínicas. *Revista de Neuro-Psiquiatría*, 79 (1), 42-51. http://www.scielo.org.pe/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-85972016000100006&lng=es&tlng=es
- Verano, R. A. y Gavito, C., (2015). Los factores psicosociales y su relación con las enfermedades mentales. *Gestión de las Personas y Tecnología*, 8(24), 30-37.
- Weinstein, N., Brown, K. W. y Ryan, R. M. (2009). A multi-method examination of the effects of mindfulness on stress attribution, coping, and emotional well-being. *Journal of research in personality*, 43(3), 374-385.
- World Health Organization. Division of Mental Health. (1996). WHOQOL-BREF: introduction, administration, scoring and generic version of the assessment. Geneva: WHO. http://www.who.int/mental_health/media/en/76.pdf
- Wong, C., Yip, Hon-Key. B., Gao, T., Lam, K. Y. Y., Woo, Mei. D., Yip, King. A. L., Yu, C., Yin, W. P., Mun, M., Wai, K., Ho, S., Wah, H. S. y Wong, S. Y. S. (2018). Mindfulness-based stress reduction (MBSR) or psychoeducation for the reduction of menopausal symptoms: A randomized, controlled clinical trial. *Scientific reports*, 8(1), 1-10.

Anexo A. Consentimiento informado



CONSENTIMIENTO INFORMADO GENERAL PARTICIPANTE ADULTO

Título del Programa: Programa de Mindfulness “*Siente la Vida*”

Título del TFM: Efectos de Mindfulness sobre ansiedad, estrés y calidad de vida en mujeres

Estudiante TFM: Manuela Soto Hurtado

Lugar de realización: ParejaTerapia Centro de Psicología Integral (Sevilla)

Introducción

El significado de Mindfulness es Atención Plena o Conciencia Plena, se refiere a prestar atención de una forma consciente a la experiencia del momento que vivimos en el “aquí y ahora”, en el momento presente mostrando curiosidad, interés y aceptación. El Programa de Mindfulness “*Siente la Vida*”, es un programa de reducción del estrés y la ansiedad, basado en la atención plena o Mindfulness based stress reduction (MBSR). Es un programa psicoeducativo que está estructurado y formado por contenidos mayoritariamente prácticos, enfocados en mejorar la conciencia plena de las mujeres participantes actuando en el momento presente. El programa MBSR, cuenta con miles de estudios e investigaciones científicas sobre la salud psicológica y física. Se ha probado en múltiples estudios que personas que se encuentran en situaciones psicológicas relacionadas con el estrés, ansiedad, depresión y otros estados de malestar psicológicos y físicos, han encontrado una reducción de la sintomatología y beneficios a nivel de salud, tanto física como psicológica.

1. Propósito del estudio

El objetivo general del trabajo de investigación es estudiar el efecto del Programa de Mindfulness (MBSR), sobre los síntomas de ansiedad, estrés y calidad de vida en un grupo de mujeres adultas de 40 a 70 años.

2. Procedimientos/explicación del estudio

Con este objetivo, solicitamos la colaboración de las mujeres que forman el grupo que asiste al Programa de Mindfulness. El programa MBSR consiste en 1 sesión semanal de 2 horas, durante 8 semanas y una jornada intensiva de 6 a 8 horas. Las sesiones son prácticas e interactivas, alternando prácticas individuales con otras colectivas, para explorar estrategias que puedan extrapolar a su vida diaria promoviendo el uso de nuevas herramientas de afrontamiento para la ansiedad y el estrés.

3. Riesgos/beneficios

Los participantes no se beneficiarán directamente de este estudio, salvo la oportunidad de poder contribuir al avance científico que puede beneficiar en el futuro a personas con estos trastornos. No existe riesgo alguno derivado de la participación en este estudio. Las participantes obtendrán el beneficio que aportan las prácticas realizadas durante la aplicación del programa.

4. Confidencialidad

Este estudio requiere la recogida de ciertos datos personales, unos de carácter general y otros relacionados con su historia clínica. La recogida y tratamiento de dichos datos se llevarán a cabo de acuerdo con la legislación aplicable en materia de privacidad. Se adoptarán las medidas oportunas para garantizar la debida protección de los datos en todo momento, sin violación alguna de la confidencialidad. Estos datos se procesarán electrónicamente de manera anónima. Sólo su médico podrá establecer la relación entre los datos recogidos en el estudio y su historia clínica.

Según lo establecido por el Reglamento General de Protección de Datos vigente desde mayo de 2018, todos los datos que se recogen son estrictamente confidenciales. Usted tiene derecho a pedir que le sean desvelados aquellos datos personales mantenidos de forma identificable, así como a solicitar la rectificación de cualquier dato incorrecto o incompleto. La información recogida no incluirá su nombre

ni su dirección, ni ningún otro dato que permita su identificación. Todos los registros se mantendrán en la más estricta confidencialidad. Sólo se recogerán datos anónimos y se procesarán electrónicamente.

5. Coste/compensación

No existe ningún coste por participar en este estudio. Todas las entrevistas y pruebas que se realicen no supondrán coste alguno. Tampoco recibirán compensación económica por participar en el estudio.

6. Alternativas a la participación y Derecho a retirarse del estudio

Su participación es completamente voluntaria. Usted, de acuerdo con el RGPD mayo 2018 y la ley Orgánica 3/2018, puede retirarse del estudio en cualquier momento y, tiene derecho de oposición y cancelación, así como de solicitar la limitación, portabilidad, reclamación y de retirada del consentimiento sobre el uso de sus datos en el momento que así lo decida.

Nombre del participante:

Nombre del estudiante: Manuela Soto Hurtado

Firma del participante

He leído y comprendido este consentimiento informado. La información de este consentimiento informado me ha sido explicada.

Firma del estudiante

Fecha

NOTA: Se harán dos copias del consentimiento informado: una será para el estudiante TFM y la última para el participante o sus familiares.

(Esta hoja de consentimiento informado puede contener información que usted no comprenda en su totalidad, por lo que no dude en solicitar cualquier duda que se le plantee al respecto).

Anexo B. Compromiso de confidencialidad

COMPROMISO DE CONFIDENCIALIDAD PARA LOS ALUMNOS QUE RECOGEN DATOS DE CARÁCTER PERSONAL PARA EL DESARROLLO Y DEFENSA DE SU TRABAJO DE FIN DE MÁSTER E INFORMACIÓN DEL TRATAMIENTO DE DATOS DE CARÁCTER PERSONAL

El abajo firmante, D./Dña. Manuela Soto Hurtado, con DNI _____ y estudiante matriculado en la UNIVERSIDAD INTERNACIONAL DE LA RIOJA, S.A. (en adelante, "UNIR") en relación con los datos de carácter personal que va a recoger para el desarrollo y defensa de su Trabajo de Fin de Máster, se somete y compromete, en relación con el centro donde realizará la recogida de datos (en adelante, el "Centro") ParejaTerapia Centro de Psicología Integral y con UNIR, a las siguientes previsiones:

1. No revelar, a persona alguna ajena al Centro, sin su consentimiento, la información a la que haya tenido acceso, excepto en el caso de que ello sea necesario para dar debido cumplimiento a obligaciones impuestas por las leyes o normas que resulten de aplicación, o sea requerido para ello por mandato de la autoridad competente con arreglo a derecho. Del mismo modo, se exceptúa de la presente previsión la utilización de los datos de los pacientes del Centro con la única finalidad de utilizar los mismos en el Trabajo de Fin de Máster anteriormente citado. En ningún caso, se permitirá la utilización del nombre y apellidos de los pacientes y/o participantes, ni siquiera en el supuesto de que únicamente se indiquen las iniciales.
2. No utilizar la información a la que tenga acceso durante la recogida de datos en el Centro, y no disponer de ella de ninguna otra forma o con otra finalidad que no sea utilizar la misma en el Trabajo de Fin de Máster que el estudiante realice en el marco del curso en el que se encuentra matriculado en UNIR, así como la exposición de tal Trabajo.
3. No utilizar en forma alguna, cualquier otra información a la que hubiese podido acceder y que no sea necesaria para el desarrollo de su Trabajo Fin de Máster.
4. Cumplir, en el desarrollo de la recogida de datos en el Centro, así como en relación con la realización del Trabajo de Fin de Máster para con UNIR, la normativa vigente, nacional y comunitaria, relativa a la protección de datos de carácter personal y, en particular, el Reglamento (UE) 2016/679, aprobado por el Parlamento Europeo y disposiciones complementarias o cualquier otra norma que las sustituya en el futuro, así como la normativa española aplicable en materia de propiedad intelectual.
5. Cumplir los compromisos anteriores incluso después de finalizarla recogida de datos realizada en el Centro y terminada la relación con UNIR.
6. Cumplir la política de privacidad y seguridad implantada por el Centro.

El abajo firmante se hace responsable frente al Centro y frente a UNIR, así como frente a terceros de cualquier daño que pudiera derivarse para unos y otros del incumplimiento de los compromisos anteriores y resarcirá al Centro y a UNIR de las indemnizaciones, sanciones o reclamaciones que se vean obligados a satisfacer como consecuencia de dicho incumplimiento.

NOMBRE Y APELLIDOS:

Manuela Soto Hurtado

DNI:

FIRMA:

Anexo C. Autorización del centro



Autorización del centro para realización de Trabajo Fin de Grado/Máster

Con la presente, yo, Manuela Soto Hurtado, con DNI [] como representante del Centro ParejaTerapia Centro de Psicología Integral declaro que:

La estudiante, Manuela Soto Hurtado con DNI [] de la Universidad Internacional de la Rioja, ha informado al centro de la realización del Trabajo Fin de Grado/Máster que lleva por título "Efectos de Mindfulness sobre ansiedad, estrés y calidad de vida en mujeres" y se le da autorización para ello.

Fecha, nombre del centro, sello y firma:

Sevilla a 5 de septiembre de 2022

ParejaTerapia Centro de Psicología Integral